

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ И
СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
Кадров и учебных заведений МЗ Руз.
Проф. Ф. Акилов _____
«__» _____ 2005 год

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ

(методические рекомендации)

Андижан—2005

Авторы:

М.Л.Аграновский - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андиганского государственного медицинского института;

З.А.Газиева, А.А.Ахмедова - ассистенты кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андиганского государственного медицинского института

Рецензенты:

Н.С.Мамасолиев - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии ВОП - 2;

А.М.Каримов – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и детской неврологии;

Б.А.Тошматов – главный психиатр республики Узбекистан, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии I ТашМИ

Учебное пособие предназначено для врачей общей практики, врачей психиатров и наркологов, магистров и студентов медицинских институтов.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ И
СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ

(методические рекомендации)

Андижан—2004

Депрессия – одно из самых распространённых психических расстройств, может возникать при всех нервно-психических заболеваниях.

Эмоциональные состояния – неотъемлемый компонент почти каждого синдрома психического заболевания, но когда говорят об эмоциональных (аффективных) синдромах, то имеют в виду, что расстройства настроения преобладают в клинической картине болезни, составляя суть соответствующего синдрома.

Депрессивный синдром в наиболее типичном виде складывается из сниженного, тоскливого настроения (гиротимия), замедления мышления и двигательной заторможенности (депрессивная триада). Кроме этого наблюдаются соматические, в первую очередь вегетативные, расстройства. В лёгких случаях депрессии или в начальной стадии соматические расстройства постоянны: Это потливость, тахикардия, колебания уровня артериального давления, ощущения жара, холода, зябкости. Снижается аппетит, пища кажется безвкусной. Появляются запоры. Больные выглядят осунувшимися, лица зрелого возраста – постаревшими. Ночной сон становится поверхностным, прерывистым, сопровождается тревожными сновидениями и ранним пробуждением. По утрам ощущают вялость и разбитость. Испытывают рассеянность и забывчивость.

Сниженное настроение может иметь различные оттенки: от чувства грусти, подавленности до глубокой угнетённости или мрачной угрюмости. В более тяжёлых случаях преобладает гнетущая, безысходная тоска, которая нередко переживается не только как душевная боль, но и как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца, реже – головы или конечностей (витальная тоска).

Жалобы на плохое настроение существуют далеко не всегда. Небредко больные говорят, что настроение у них обычное. Всё же при расспросе удаётся выяснить, что больные испытывают «вялость, апатию, потерю стимулов, беспокойство, психический дискомфорт, а нередко встречаются и такие определения своего состояния, как грусть, скука, подавленность, угнетённость». Многие больные жалуются на постоянное ощущение дрожи. При расспросе выясняется, что это не внутреннее ощущение, а не дрожь в обычном понимании. Часто такая дрожь локализуется в груди, но может локализоваться во всём теле.

Уже при лёгких, гипотимических депрессиях больные начинают жаловаться на беспокоящие их снижение аффективного резонанса – самые различные события теряют для них интерес, им ничего не хочется, ничто не побуждает желаний. При отчётливом тоскливом аффекте появляется тягостное ощущение равнодушия, доходящее в выраженных случаях до мучительного ощущения внутренней опустошённости, потери всех чувств - *anaesthesia psychica dolorosa*.

Психическая и двигательная заторможенность входит в «триаду» Крепелина, т.е. является наиболее специфическим симптомом депрессии. Диапазон их проявлений широк: от лёгкой вялости до ступора, от субъективного ощущения какой-то медлительности и неповоротливости собственных мыслей до почти полной неспособности реагировать на окружающее, невозможности следить за словами собеседника, формулировать ответы.

Для оценки тяжести симптомов депрессии разработана шкала Гамильтона.

Шкала Гамильтона – один из наиболее широко используемых инструментов клинической оценки депрессивного состояния. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии и отражает динамику изменений состояния пациента.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии.

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)
2. Чувство вины
3. Суицидальные намерения
4. Ранняя и поздняя бессонница
5. Снижение работоспособности и активности
6. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)
7. Ажитация (тревожное возбуждение)
8. Психическая тревога
9. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги: гастроинтестинальные – сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; сердечно-сосудистые – сердцебиение, головные боли; дыхательные – гипервентиляция, одышка; учащенное мочеиспускание; повышенное потоотделение)

ВИДЫ ДЕПРЕССИВНЫХ СИНДРОМОВ

1. Депрессия с идеями обвинения. Для больных в депрессивном состоянии характерны мысли о своей никчемности, неполноценности, депрессивная переоценка прошлого. В более тяжёлых случаях возникают сверхценные идеи самообвинения или бред виновности, греховности. О тяжести депрессии свидетельствуют суицидальные мысли и тенденции.

2. Анестетическая депрессия. Депрессивный синдром может сопровождаться явлениями меланхолической дереализации и деперсонализации вплоть до болезненной психической анестезии – мучительного бесчувствия,

переживания внутреннего опустошения, утраты любви к близким, исчезновения эмоционального отклика на окружающее.

3. Астеническая депрессия – с пониженным настроением, резкой слабостью, истощаемостью, гиперестезией.

4. Адинамическая депрессия с преобладанием вялости, апатии, безучастия, общего снижения жизненного тонуса.

5. Тревожная депрессия. Если в картине депрессии значительное место занимают тревога, преобладающая над аффектом тоски, и тревожные опасения, то говорят о тревожной депрессии.

6. Ажитированная депрессия. Для неё характерно более или менее выраженное двигательное беспокойство, а в наиболее тяжёлых случаях – резкое возбуждение со стонами, тревожной вербигерацией, самоистязанием. Депрессивное возбуждение может сопровождаться страхом, боязливостью, ипохондрическими жалобами или нестойким депрессивным бредом: отдельными идеями осуждения, наказания, гибели, обнищания и т.п.

7. Ироническая (улыбающаяся) депрессия, при которой улыбка сочетается с горькой иронией над своим состоянием при крайней угнетённости настроения и чувстве полной безнадёжности и бессмысленности своего существования.

8. Слезливая депрессия – без значительной моторной и интеллектуальной заторможенности развиваются депрессии с преобладанием слезливости, недержание аффекта, чувством беспомощности.

9. Брюзжащая, угрюмая депрессия – с чувством неприятия ко всему окружающему, отрешённостью, раздражительностью и угрюмостью.

10. Бредовая депрессия – если депрессивный бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома и является стойким психопатологическим образованием, то говорят о сложном, «большом» депрессивном синдроме. При этом бредовые расстройства нередко приобретают форму фантастических идей громадности и отрицания. Существует ряд вариантов этого синдрома (синдром Котара): в одних случаях в картине тревожно-бредовой депрессии преобладает нигилистически-ипохондрический бред с идеями распада или полного отсутствия внутренних органов, в других наблюдается депрессивный бред с идеями бессмертия, вечных мучений; иногда фантастический меланхолический бред проявляется в отрицании внешнего мира.

11. Депрессивно-параноидный синдром – депрессия с бредом обвинения и осуждения, депрессия с бредом преследования содержание которого, однако, всегда вытекает из содержания депрессивного бреда. Сложный синдром с выраженным депрессивным аффектом (с чувством страха и тревоги), идеями виновности, осуждения и чувственным бредом преследования, значения, инсценировки. На его высоте возможно онейроидное помрачение сознания.

12. Скрытые (маскированные, ларвированные, стёртые) депрессии проявляются в первую очередь разнообразными соматовегетативными расстройствами (упорными головными болями или крайне мучительными ощущениями в различных частях тела и т.п.), тогда как типично

депрессивные симптомы стираются или даже полностью перекрываются вегетативными. Эти состояния относят к депрессивным синдромам на основании их периодичности, суточных колебаний состояния, положительного терапевтического эффекта антидепрессантов, а также более типичных аффективных фаз в анамнезе и нередкого наследственного отягощения аффективными психозами.

ВИДЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Депрессивные состояния отличаются большим разнообразием и распространённостью. Депрессии классифицируют по нозологическому принципу, по критериям уровня и структуры.

В нозологической классификации выделяют:

I. Психогенные депрессии

- 1) невротическая
- 2) реактивная

II. Эндогенная депрессия

- 1) шизофреническая
- 2) периодическая
- 3) инволюционная

III. Соматогенная

- 1) симптоматическая
- 2) органическая

В группу психогенных входят невротическая и реактивная депрессии.

НЕВРОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Под невротическими понимают депрессии, протекающие на невротическом, а не психотическом уровне.

Невротическая депрессия предполагает сохранность критического отношения к себе и своему состоянию, контроль поведения, неглубокий уровень расстройств, взаимосвязь с особенностями личности и часто обусловлена длительным действием патогенных факторов на слабое звено личности.

К депрессивному неврозу (невротическая депрессия) относят заболевание, вызванное действием психотравмирующей ситуации, в котором на передний план выступает пониженное настроение, сочетающееся с теми или иными неврастеническими симптомами. Невротическая депрессия чаще всего возникает у лиц, неуверенных в себе, нерешительных, несамостоятельных, трудно приспособляющихся к новым жизненным условиям, а также у лиц с гипотимной акцентуацией характера.

Заболевание является реакцией на длительную психотравмирующую ситуацию, неразрешимую для данной личности, например, служебную или семейную (жизнь с нелюбимым человеком, алкоголизм мужа, конфликты с

его родными), а также представления о своей мнимой или реальной непривлекательности, невозможности устроить личную жизнь. Первоначально на отдельные невзгоды возникает адекватная кратковременная реакция. В дальнейшем после их многократного повторения постепенно развивается неврастенический синдром со слезливостью и пониженным настроением. Больные не всегда осознают их связь с травмирующей ситуацией, и последняя часто не находит отражения в высказываниях больных. Иногда первоначально возникает невроз страха (тревоги), постепенно переходящий в невротическую депрессию. Основные симптомы болезни – подавленное настроение, ощущение грусти, слезливость. Пониженное настроение хоть и господствует в клинической картине на протяжении дней и недель, однако не является стойким и не исключает адекватные реакции радости или оживления под влиянием приятного сообщения. Оно не доходит до степени глубокой тоски с витальным оттенком. Критическое отношение к болезни сохранно и больные пытаются с ней бороться. Характерны идеи несправедливого отношения к себе, жалобы на свою судьбу. Больные часто отмечают плохое самочувствие, слабость, быструю утомляемость, не всегда объективно подтверждаемую, вегетативные расстройства в виде нарушений сна (трудности засыпания и реже – частые пробуждения), неприятные ощущения в области сердца по утрам. Аппетит понижен.

Не всегда можно провести чёткое разграничение между невротической и реактивной депрессиями. Обе они вызваны психической травмой, в первом случае обычно длительной психотравмирующей ситуацией, во втором – более кратковременным, но более остро переживаемым потрясением. Реактивная депрессия является психозом сверхценных, доминирующих идей. Мысль о постигшем несчастье при этой форме господствует в сознании и окрашивает остальные переживания.

В отличие от эндогенной депрессии при невротической депрессии нет выраженной тоски, особенно с витальным оттенком, не характерны идеи виновности, самоуничтожения, а также суточные колебания настроений (улучшение к вечеру). Не выражена психомоторная заторможенность. Не характерно появление запоров, аменореи, сухости языка. В пользу эндогенной депрессии говорит также наличие депрессивных состояний или, наоборот, периодов приподнятого настроения в прошлом у больных или их родственников.

В пользу эндогенной депрессии говорят: 1) отсутствие реакции на изменение ситуации; 2) отсутствие интереса к жизни; 3) заторможенность; 4) ощущение неспособности действовать; 5) оценка себя как ленивого; 6) ощущение бесполезности и бессилия; 7) сознание депрессии как чего-то качественно отличного от обыкновенного горя. В группу реактивных симптомов входят: 1) ощущение, что больной доставляет хлопоты окружающим; 2) начало заболевания со стресса; 3) приписывание семейным и служебным неприятностям ответственности за плохое самочувствие; 4)

озабоченность благополучием семьи и друзей; 5) ощущение «конца жизненного пути»; 6) жалость к себе.

РЕАКТИВНАЯ ДЕПРЕССИЯ

Реактивные депрессии возникают чаще всего в ответ на острую психическую травму. Для них характерна тенденция со стороны больных представить своё заболевание психологически понятным, исходящим из реальной ситуации. У больных с реактивной депрессией редко наблюдаются идеи самообвинения. В своём заболевании они винят окружающих или сложившиеся обстоятельства и ждут помощи и сострадания. Преобладают чувство обиды на жестокость и несправедливость жизни, неспособность к переоценке ценностей.

В процессе изучения реактивных депрессивных синдромов различными исследователями были убедительно показаны их клинический полиморфизм и неоднородность. Принято выделять ряд вариантов, среди которых наиболее часто встречаются простые (чистые, меланхолические), истерические, астенические и ипохондрические депрессии.

Простая (меланхолическая) депрессия. При более медленном воздействии психической травмы или в условиях длительной психотравмирующей ситуации заболевание развивается исподволь. При этом начале депрессия носит стёртый невыразительный характер. Для инициального периода более характерно формирование астеноневротического симптомокомплекса с явлениями общей эмоциональной напряжённости, склонностью к подавленности, плаксивости, быстрой истощаемости. К характерным жалобам этого периода следует отнести чувство глубокой усталости, слабости, разбитости, общее недомогание, эпизодически возникающие головные боли. Очень рано сон становится поверхностным, прерывистым, неглубоким. Отмечается ряд вегетативных и соматических функций: снижение аппетита. Нередко тахикардия, колебания артериального давления. Отчётливой двигательной заторможенности в этот период не наблюдается, но у больных отмечается ограничение стремлений и побуждений к деятельности.

По мере дальнейшего течения заболевания более отчётливым становится депрессивный аффект. Больные не могут отвлечься от тягостных дум. На этом этапе подавленное настроение ещё может подвергаться некоторым колебаниям в течение дня. Однако во всех случаях депрессивный аффект, характерный для реактивной депрессии – это беспричинная душевная боль, свойственная эндогенной, а, как правило, мотивированное чувство тоскливости, подавленности, обусловленное наличием объективно существующей психотравмирующей ситуации, связанное с невозможностью утратой, крушением надежд.

Суточные колебания настроения, столь характерные для циркулярного психоза, при реактивной депрессии не наблюдаются. Чувство тоскливости

держится стойко, но его интенсивность может колебаться, особенно в связи с психотравмирующим поводом.

В зависимости от остроты и тяжести психической травмы, особенностей личности, характера почвы описанная симптоматика может проявляться то более полно, то abortивно, рудиментарно. Чаще всего заболевание недлительно и по исчезновении психотравмирующей ситуации заканчивается полным выздоровлением, не оставляя после себя никаких патологических изменений.

Истерическая депрессия.

Больные с истерической депрессией выделяются яркой внешней выразительностью и подвижностью всей симптоматики. Депрессивный аффект, несмотря на большую эмоциональную напряжённость, не носит той чистоты, которая свойственна простому варианту, а характеризуется тоскливо-злобно-раздражительным оттенком и большой лабильностью. Типичны приступы тревоги. Психомоторная заторможенность не выражена. Характерно истерическое сужение сознания.

При упоминании о психотравмирующих факторах больные дают бурную эмоциональную реакцию, сопровождающуюся безутешным плачем с горькими рыданиями и причитаниями, в которых звучит психотравмирующая ситуация. Больные театрально жестикулируют, принимают трагические позы, тяжело и шумно вздыхают. Картинно заламывают руки, хватают врачей за руки. Полы халата. Просят помочь. Идеи самообвинения отсутствуют, напротив, больные стремятся во всём обвинить окружающих. При этом с раздражением бьют себя в грудь, злобно ругают лиц, которых считают виновниками несчастья, заявляют, что им не дают жить, всю их жизнь искалечили. Голос их дрожит, лицо краснеет, на глазах появляются слёзы. Некоторые высказывают суицидальные мысли, совершают демонстративные суицидальные попытки.

Характерен широкий круг функциональных расстройств нервно-соматической сферы. Больные жалуются на расстройства сна, аппетита, головные боли. Отмечаются вегетативно-сосудистые нарушения, конверсионная симптоматика (клубок в горле, афония, астазия-абазия). Отдельные проявления псевдодеменции.

Течение, как правило, благоприятное. При благоприятном развитии психотравмирующей ситуации наблюдается быстрый, иногда даже критический, выход из болезненного состояния.

Длительность подостро развивающегося варианта различна, в среднем 3-5 месяцев. После перенесённого депрессивного психоза некоторое время может оставаться аффективная неустойчивость.

Ипохондрическая депрессия. Наиболее часто депрессивно-ипохондрическое состояние развивается при наличии какого-то соматического заболевания, страхе перед операцией. Роль предрасполагающих факторов могут играть характерологические особенности – мнительность, педантичность, эгоцентризм, повышенное внимание к своему здоровью.

Начало депрессивно-ипохондрического психоза, как и при других вариантах психогений острое или подострое. У больных довольно быстро формируется концепция тяжёлого, опасного для жизни заболевания, обычно неизлечимого. Появляются тревога, нарушение сна, сопровождающиеся вегетативными реакциями, которые как-бы «подтверждают» наличие тяжёлого заболевания.

Депрессивно-ипохондрическая симптоматика может являться и этапом в течение другого варианта реактивного психоза.

Выздоровление постепенное. В процессе лечения уменьшаются тревога, эмоциональная напряженность, повышается настроение, редуцируются ипохондрические переживания.

Астеническая депрессия. Как правило, развития заболевания происходит в условиях длительных и многочисленных психотравмирующих воздействий у лиц с соматическим неблагополучием в анамнезе.

Формирование депрессивного синдрома происходит постепенно на фоне глубокой психической и соматической астении, сопровождается психомоторной заторможенностью. Для эмоциональных расстройств характерны оттенок глубокой подавленности, тягостное чувство собственного бессилия.

О мере развития заболевания нарастают общая заторможенность, замедленность, скупость жестов.

Данный вариант реактивной депрессии характеризуется значительной длительностью течения, превышающей таковую при других вариантах психогенных психозов.

Описанная клиническая картина астенической реактивной депрессии почти стабильна на всём протяжении заболевания. Обратное развитие заболевания сопровождается улучшением физического состояния, однако, астения ещё длительное время остаётся ведущим симптомом.

Ятрогения. Этот вид психического расстройства можно рассматривать как один из клинических вариантов форм депрессивно-ипохондрического психоза. Ятрогения является психогенно обусловленным психопатологическим состоянием. В качестве психотравмирующего фактора выступают неосторожные слова или действия медработников. Под их влиянием у пациента возникают депрессивно-ипохондрические переживания, которые могут перерасти в ипохондрические бредовые идеи.

ЭНДОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ

К группе эндогенных относят шизофренические, циркулярные, периодически монополярные, инволюционные меланхолии.

В рамках шизофрении депрессивные состояния встречаются чаще всего при периодическом течении, в связи с чем выделяют типичную циркулярную форму шизофрении.

К симптомам, патогномичным для эндогенных депрессий относятся: суточные колебания настроения (тяжёлое самочувствие по утрам и улучшение к вечеру), идеи самообвинения, суицидальные тенденции, соматические расстройства в виде триады Протопопова (мидриаз, тахикардия, запор), витальный характер тоски с физическим чувством в груди. Витальный характер тоски с физическим чувством депрессии часто является основанием обращаемости больных не к психиатру, а к врачам соматического профиля, жалуясь, на общую слабость, утомляемость, нарушение сна, аппетита, снижение работоспособности. Этим больным нередко устанавливают такие диагнозы как вегетативный невроз, вегетососудистая дистония, кардионевроз, сексуальный невроз, гипотериоз и т.д.

В действительности речь в таких случаях идёт, как правило, о циклотимической депрессии. Часто невротическая симптоматика психогенно возникающая может оказаться фасадом эндогенного заболевания. Указание в анамнезе на депрессию без внешнего повода или о том, синдром депрессии сменился маниакальным состоянием, подтверждает диагноз эндогенной депрессии.

Эндогенный депрессивный синдром состоит из пониженного настроения, нарушений мышления и психомоторики и соматических расстройств.

Пониженное настроения является самым главным психопатологическим симптомом эндогенной депрессии. Болезненно сниженное настроение может усилиться до меланхолии с унынием. Отличительной особенностью депрессивного настроения при маниакально-депрессивном заболевании является беспричинность его снижения. Отличительным свойством сниженного настроения является также его устойчивость при воздействиях внешнего мира, больного невозможно отвлечь или развеселить. В определённом смысле ограниченная способность депрессивного настроения производит впечатление аффективного оцепенения, переходящего в крайних случаях заторможенной депрессии в ступор с полной обездвиженностью и глубокой психической заторможенностью. Под влиянием своего депрессивного настроения больные очень часто высказывают идеи виновности и греховности.

Нарушение мышления могут быть разделены на формальные нарушения и нарушения по содержанию. Формальные нарушения проявляются в замедлении темпа мышления, сужении ассоциативных процессов. Больные отмечают, что их умственные способности ослабли. Содержательные нарушения проявляются в большинстве случаев в постоянно повторяющихся однообразных идеях. Это идеи мнимых, не существующих ошибок, грехов, вины перед другими, своей малоценности.

В связи с довольно частым аффектом страха содержание мышления принимает ипохондрический характер. Чувство собственной неполноценности сопровождается мыслями о смерти. Поэтому при эндогенных депрессиях всегда возможны суициды, даже если больной таких мыслей не высказывает или их отрицает. В дебюте фазы эндогенной

депрессии возникают иногда навязчивости. При усилении тяжести депрессии они могут полностью исчезнуть.

Психомоторика обычно характеризуется торможением, но в некоторых случаях наступает возбуждение. При торможении мимика у больных скорбная, застывшая, движения замедлены, они производят впечатление внезапно постаревших. Психомоторное торможение в комбинации с внутренним беспокойством и тревогой переходят иногда в ажитацию. В это время больные могут совершить суицидальную попытку.

При маниакально-депрессивном психозе встречаются следующие виды депрессий.

Чистая меланхолия – главным симптомом считается подавленное настроение. Оно связано с апатией и реже с немотивируемыми страхами, производящими впечатление растерянности. При наличии апатии больные кажутся безучастными, отрешёнными от мира. Их подавленное настроение производит впечатление зависимости от каких-то внутренних факторов – «витальная печаль». Заторможенность никогда не усиливается до глубокого ступора. Её проявления ограничиваются тихой, медленной, монотонной речью, замедленными движениями, застывшей мимикой. Торможение мыслительных процессов является третьим важным симптомом меланхолии. Очень часто больные сами не замечают его. Обращает на себя внимание, что больные не сразу осмысливают вопросы, отвечают на них с большой задержкой, с трудом подбирают нужные слова и формулировки.

К этим трём ведущим симптомам чистой меланхолии присоединятся другие, в основном обусловленные ими. Поведение больного характеризуется выраженной неуверенностью в принятии решений. Отсюда и бездеятельность, и медлительность. При меланхолии очень часто наблюдаются различные «предчувствия», чувство отчуждения, собственного изменения, постарения, идеи малоценности, самоупрёки.

При чистой меланхолии на первом месте стоят вегетативные нарушения.

Тревожно-ажитированная депрессия. Этот вид депрессии отличается от чистой меланхолии явной драматичностью поведения. Настроение также подавлено, темп мышления замедлен. Однако преобладают мотивированный страх и двигательное возбуждение. Больные не находят себе места, мечутся, стонут, бьют себя по голове, сильно жестикулируют или бьются головой об стенку, осуждают себя за неправильные поступки, высказывают нигилистические идеи. Мышление сконцентрировано на депрессивных переживаниях. Двигательное беспокойство облегчает реализацию суицида.

Ипохондрическая депрессия. При этом виде депрессии очень четко выражены телесные неприятные ощущения. Эти ощущения не имеют четкой локализации и несравнимы с болезненными ощущениями при действительных органических страданиях. Жалобы больных своеобразны, клинические описания неопределенны, расплывчаты и не укладываются в рамки конкретных соматических заболеваний.

Неприятные ощущения больных не имеют характер галлюцинаций. Клиническая картина ипохондрической депрессии определяется ипохондрическими опасениями, являющимися результатом обработки первичных неприятных ощущений. Эти опасения становятся иногда элементом самообвинения. В таких случаях опасность суицида очень велика, причём больные могут нанести себе ранения в те области тела, где неприятные ощущения особенно велики.

Очень своеобразными являются симптомы отчуждения у некоторых больных ипохондрической депрессией. По сравнению с тревожно-ажитированной и заторможенной депрессиями депрессивность здесь менее выражена. С другой стороны, ипохондрические депрессии могут быть очень затяжными.

Вегетативная или ларвированная депрессия. На первом месте в клинической картине выступают соматические симптомы, причем в ещё большей мере, чем при ипохондрической депрессии. Ввиду того что первичная депрессивная симптоматика отступает на задний план, уступая место вегетативной, в немецкой литературе используется термин «ларвированная депрессия». Можно предположить, что между ларвированной депрессией и эндогенными депрессиями с выраженным понижением настроения существует нозологическое различие. Ларвированную депрессию следует, вероятно, рассматривать не как легкую форму эндогенной депрессии, а как крайний вариант, стоящий между эндогенными депрессиями и депрессивными заболеваниями с иной этиологией.

Жалобы больных носят своеобразный характер и производят иногда впечатление истерических. Очень часто ставится неправильный диагноз – вегетативная дистония или истерия. Доказательством того, что это заболевание относится к формам эндогенной депрессии, является успешное лечение антидепрессантами.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

У подростков 15-18 лет депрессии встречается чаще в рамках МДП.

Проявления депрессии различны: наряду с типичным меланхолическим встречаются другие депрессивные синдромы. А.Е. Личко выделяет, помимо меланхолического, делинквентный, ипохондрический, астено-апатический варианты. Психопатология меланхолического варианта приближается к таковому у взрослых. Чаще, чем у детей, возникают суицидные мысли, но осуществляются реже, чем взрослыми (в отличие от депрессий при шизофрении, где суицидальные попытки чаще и опаснее, продуманнее). Сохраняется выраженность вегетативных проявлений: Частый пульс, повышение артериального давления, головные боли, поверхностное дыхание, время от времени прерываемое глубокими вздохами, чувства нехватки воздуха.

Делинквентный вариант труден для диагностики, так как подростки редко бывают откровенны, упорно отрицают угнетённое настроение, совершают асоциальные поступки, один тяжелее другого, агрессивно относятся к близким, порывают с друзьями, тянутся к уличным, асоциальным компаниям. При этом они не получают удовольствия от своих поступков, имеют угрюмый вид, свои похождения прерывают периодами бездействия, с мрачным выражением лица неподвижно лежат на диване, отвергая все попытки родителей узнать, что с ними происходит. Как правило, и родные, и преподаватели расценивают эти состояния как возрастные изменения, не относятся к ним как к болезненным, не обращаются к врачам. Да и не каждому врачу такой подросток откроет своё внутреннее состояние; лишь при очень хорошем контакте, возникшем доверии подросток, внезапно расплакавшись, сообщает о своём отчаянии, о представлении о себе как о самом плохом, неисправимом, никчемном человеке. Совершая правонарушение, он ищет наказания и ему не вмоготу от одиночества. Делинквентный вариант в будущем может смениться типичными меланхолическими фазами. Астено-апатический вариант по А.Е. Личко начинается с затруднений в учёбе. Из-за затруднений сосредоточения, ослабления внимания, снижения психического напряжения уроки занимают всё больше времени, подростки засиживаются до поздней ночи и всё-таки не успевают всё сделать. Начинаются рассуждения о том, что их способности куда-то исчезли, или их не было. Настроение безрадостное, но без тоски. Такие депрессивные фазы могут повторяться несколько раз, прежде чем депрессия примет типичную картину; часто они бывают сезонными, развиваются в период когда от подростка требуется мобилизация сил (экзамены, от которых зависит социальное положение в течение нескольких лет).

Ипохондрический вариант проявляется разнообразными жалобами на боли или неправильную функцию внутренних органов, в стремлении бесконечно обследоваться у врачей, даже если процедура этих обследований неприятна. Так может начинаться депрессия у подростков разных характерологических типов, но чаще она бывает при низком уровне интеллекта.

В последние годы часто описываются скрытые или замаскированные депрессии у подростков, которые отличаются от делинквентного и ипохондрического вариантов депрессий тем, что при них депрессивная симптоматика отодвинута на задний план и замаскирована, на первом же плане – нарушения поведения или соматические жалобы. Диагноз депрессии в этих случаях часто устанавливается позже, при формировании более типичного приступа.

Среди депрессивных состояний, возникающих у подростков большое число составляют реактивно обусловленные депрессии. Несмотря на то, что к началу этих депрессий предшествует психогения, а в переживаниях звучат реактивные моменты, отмечено, что была патологическая наследственность.

В подростковом возрасте наблюдается также анаклитические депрессии. Они возникают при отрыве от привычной семейной среды, часто, когда подросток переезжает в другой город для учёбы, поселяется в общежитии. Таким образом, анаклитическая депрессия в подростковом возрасте ещё чаще, чем в детские годы, является эндогенной депрессией, но картина приступа окрашена специфическими обстоятельствами (потеря опоры).

Суицидные действия у детей и подростков существенно отличаются от таковых у взрослых. Сказываются своеобразие психологии, незрелость личности, уровень социального развития этого возраста.

Суицидальное поведение в этом возрасте ограничивается высказываниями: «Скучно, хочу умереть, как бабушка». Ребёнок улавливает, что где смерть, там грусть, слёзы, печальное шествие на кладбище и это находит отклик в его депрессивном настроении. Выразить словами своё депрессивное мироощущение ребёнок ещё не умеет, но оно выражается в «погребальной» тематике игр, рисунков, в этом возрасте ещё элементарных.

Как и у взрослых, самоубийства у детей и подростков не являются обязательно проявлением психоза. Большую часть самоубийц детского и подросткового возраста составляют больные с пограничными нервно-психическими состояниями и только 5% - депрессивные больные. Это депрессии, возникающие в дебюте шизофрении или депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза. Не все суицидные попытки распознаются, не все совершившие их в дальнейшем поступают в психиатрические больницы. Суицидальное поведение нередко бывает первым признаком, которое привлекает внимание к психическому состоянию ребёнка и приводит к выявлению эндогенного заболевания. В возрасте до 10 лет почти не бывает отчётливых депрессивных состояний, наблюдаются периоды своеобразного дискомфорта, которые лишь в дальнейшем, когда у этого больного развивается психоз, можно ретроспективно оценить как рудиментарную депрессию. Тоска, депрессивные идеи, безысходность бывают выражены достаточно интенсивно, но всё это окрашивается особенностями детства: заторможенность выражена слабо, тоскливость перемежается с дисфоричностью, экстравертированность толкает на желание показать, как несправедливо отношение к нему, отомстить. Эта депрессивная симптоматика обычно не замечается, и незначительный конфликт может толкнуть на суицидное действие.

Суицидальное поведение распространено как среди мальчиков, так и среди девочек.

ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Е. Крепелин отметил, что отличительной особенностью депрессий в пожилом возрасте является тревоги. У пожилых больных чаще наблюдаются раздражительность, эмоциональная лабильность, угрюмость и реже – тоска.

Им свойственны идеи ущерба и обнищания, реже, чем у молодых, возникают идеи самообвинения и малоценности, но чаще – ипохондрические. Намного чаще в пожилом возрасте депрессия протекает с ажитацией и, соответственно реже наблюдается психомоторная заторможенность.

Эндогенная депрессия в старости приобретает характерные черты, здесь играет роль сочетание ряда факторов (преморбидные особенности личности, усиливающиеся с возрастом и иногда приобретающие утрированный характер, повышенная ранимость, большое влияние факторов внешней среды, сосудистая патология). Именно поэтому так затруднена классификация депрессивных состояний в позднем возрасте. Именно тревога в сочетании со свойственным депрессии ощущение бессилия, беспомощности и бесперспективности и присущим старости сознанием ограниченности своих сил, зависимости от других, неуверенности в будущем порождает бред обнищания. Вызванные атеросклерозом нарушения памяти создают базу для идей ущерба, обкрадывания, повышенная ранимость и реагирование на незначительные внешние факторы обуславливают «малый размах», бытовой характер бредовых идей. Интенсивная бредовая симптоматика может развиваться у больных с относительно лёгкой депрессией. При сильной тревоге у пожилых больных нередко формируются бред Котара.

У пожилых людей с органическими изменениями мозга, вызванными атеросклерозом, депрессия протекает с картиной типичной сосудистой деменции. Грубые нарушения памяти и интеллекта делают невозможным продуктивный контакт с больным, что затрудняет выявление собственно депрессивной симптоматики и оценку её роли в структуре синдрома. Лишь после спонтанного окончания депрессивной фазы или применения антидепрессантов обнаруживаются, что деменция носит обратимый характер. Однако при затяжных депрессиях или частых повторных фазах в последующих светлых промежутках всё больше проявляются изменения личности по сосудистому типу. Очень редко депрессия маскируется клинической картиной деменции и у молодых больных.

Выделяя инволюционную меланхолию, Крепелин исходил из позднего начала и особенностей клинической картины (интенсивная тревога, часто гетерогенные для классической депрессии бредовые идеи преследования, отношения и т.п., галлюцинации и, главное, более неблагоприятное течение и плохой прогноз).

Эндогенная депрессия по своей структуре достаточно сложна. Эта сложность проявляется не в большом количестве и многообразии симптомов, а в сложности каждого отдельного симптома, который определяется несколькими факторами. Наиболее важный из них – аффективная структура синдрома, то есть соотношение тоски и тревоги. Тревога, наряду с тоской, участвует в формировании многих симптомов эндогенной депрессии: идей виновности и малоценности, ипохондрических идей, суицидных тенденций, ажитации и психомоторной заторможенности, играет доминирующую роль в генезе ряда соматических симптомов, проявлений деперсонализации. Наличие и характер депрессивных идей в большей степени определяются

преморбидными особенностями личности больного, факторами культуры. Проявления депрессивной симптоматики в значительной мере зависит от возрастных особенностей.

ЛЕЧЕНИЕ

До появления противосудорожной терапии в 1935 году и антидепрессантов в 1956 году главным фактором в терапии больных эндогенной депрессией было время, а также доброе слово и тщательный соматический уход. Широкое применение находили тёплые ванны, в качестве специфического метода лечения применялись препараты опиия, при ажитации иногда назначали скополамин, использовали различные общеукрепляющие средства. Некоторые учёные утверждают, что эффективное лечение депрессий возможно лишь при сочетании № его форм: фармакотерапии, психотерапии и соматического лечения. При этом в случае эндогенной депрессии главная роль, безусловно, принадлежит фармакотерапии.

Терапия депрессий становится одной из центральных задач практической психиатрии. В зарубежной и отечественной литературе обсуждается лечение депрессий как синдрома и даже как симптома без строгого отнесения к определённым нозологическим формам. Это в общем правомерная точка зрения исходит из относительной простоты этих психопатологических образований и их редукции при назначении антидепрессантов.

Лечение невротической депрессии

Лечение, например, реактивных и невротических депрессий существенно отличается от терапии психических депрессий, причём различия не только количественные («слабая» невротическая депрессия может оказаться гораздо более тяжёлой, чем типичная фаза маниакально-депрессивного психоза), но и качественные – патогенетические и нозологические. При всём многообразии депрессивных состояний, возможных при различных нозологических формах и в составе многообразных синдромов. Депрессивные расстройства наиболее отчётливо выражены во время фаз маниакально-депрессивного психоза. Депрессии в рамках маниакально-депрессивного психоза в отличие от депрессии при других заболеваниях в литературе принято называть эндогенными.

Главный критерий депрессий – снижение настроение неспецифичен не всегда служит основанием для диагностически депрессивного синдрома.

Лечение невротической депрессии

Эту форму невротозов обычно не считают самостоятельной, но практика свидетельствует о частоте этих нарушений, требующих специальных подходов. Это случаи, сохраняющие все клинические характеристики невротозов, при которых депрессия приобретает ведущее положение, часто сочетаясь с астеническими, вегетативными расстройствами, навязчивостями, фобиями.

Для лечения невротической депрессии применяются такие препараты, как азафен (200-300 мг в сутки), пиразидол (75-150 мг в сутки) и др.

Большое значение при невротических депрессиях имеют психотерапия, рефлексотерапия.

Лечение реактивной депрессии

При реактивной депрессии, сочетающейся психомоторной заторможенностью, показаны азафен (до 300 мг в сутки), пиразидол (до 200-300 мг в сутки), мелипрамин (до 100-300 мг в сутки). При реактивной депрессии, протекающей с тревогой, основное место в лечении занимают амитриптилин (150-300 мг в сутки) и нейролептики седативного действия: хлорпротиксен (30-150 мг в сутки), соннапакс (30-60 мг в сутки). Наряду с антидепрессантами больным назначаются транквилизаторы: тазепам, нозепам, седуксен (20-30 мг в сутки). В связи с бессонницей, часто наблюдающейся у больных реактивными состояниями, рекомендуется радедорм (5-10 мг на ночь). При упорной бессоннице возможно кратковременное применение барбитуратов, иногда эффективен электросон. Определённый эффект могут оказывать гидропроцедуры – хвойные ванны, электрофорез с ионами кальция, брома.

Sol. Amytriptilini 1%-2,0 (200-300 мг) в\м.

1. Sol. Azafeni до 300 мг\сут.

2. Sol. Seduxeni 0,5%-2,0

3. Sol. Tisercini 2,5%-2,0 мл в\в медленно (до 200-300 мг\сут.)

4. Sol. Phenazepamі 0,5 до 10 мг\сут.

При выраженной тревожной депрессии чередуют амитриптилин 50 – 100 мг через 1 – 2 часа.

Лечение эндогенной депрессии

До недавнего времени антидепрессанты подразделялись на 2 группы: трициклические и ингибиторы моноаминоксидазы. За последние годы появилось несколько антидепрессивных препаратов, отличающихся по химическому строению, а вторая – по механизму действия.

Терапевтическое действие всех современных антидепрессантов связывают с их влиянием на процессы синаптической передачи нервного возбуждения.

Успех медикаментозного лечения депрессии прежде всего определяется правильным выбором антидепрессанта, способа его применения и дозы. Существенное значение имеет схема наращивания и снижения доз препарата и, при необходимости, его сочетания с другими психотропными средствами.

Применяются следующие антидепрессанты:

1. Амитриптилин – от 75 до 450 мг в сутки (в среднем 200-250 мг)
2. Анафранил – до 450 мг в сутки (в среднем – 200 мг), в\в 50-100 мг
3. Мелипрамин – от 75 до 450 мг в сутки (в среднем 200-250 мг)

В практике применяются и следующие антидепрессанты, как пиразидол (в среднем 250 мг), синекван (в среднем –200-400 мг), новерил (в среднем 250-500 мг), ниамид (в среднем 300-400 мг).

Все антидепрессанты рекомендуется назначать в первой половине дня.

Современные антидепрессанты не прерывают фазу, а лишь купируют симптоматику. Несвоевременная отмена препаратов приводит к возобновлению депрессии, а иногда к удлинению приступа. Поэтому отменять лекарства следует крайне осторожно. Снижение доз начинается лишь после достижения полного терапевтического эффекта и проводится постепенно: обычно доза уменьшается через каждые 4-5 суток на 25-50 мг, причём последующее снижение осуществляется лишь при условии, что после предыдущего уменьшения не наступило ухудшения. Быстрая отмена показана лишь при переходе в манию или при полной уверенности, что наступило спонтанная интермиссия, что возможно у больных со стереотипными депрессивными фазами.

Лечение инволюционной меланхолии

При лечении инволюционной меланхолии применяются такие препараты как мелипрамин и анафранил. При средней тяжелой и тяжёлой депрессии наиболее эффективным является внутривенное (капельное) введение этих препаратов. При неглубоком или среднетяжёлом меланхолическом синдроме у соматически ослабленных больных достаточно эффективным средством является пиразидол (400-450 мг в сутки).

Также эффективно их сочетание с хлорпротиксеном и тизерцином. При наличии суицидальных идей назначают амитриптилин. При тяжёлой депрессии терапию лучше начинать с парентерального введения, лучше капельного. Обычно оно назначается утром, начиная с 25 мг, на ночь даётся

50 мг внутримышечно. При интенсивной тревоге и бессоннице на ночь также назначают хлорпротиксен, тизерцин или сонапакс. При отсутствии нежелательных реакций дозы амитриптилина быстро повышают и доводят до 200-300 мг. При неглубокой депрессии эффективным препаратом оказывается доксепин (синекван): он вызывает очень мало побочных явлений, а его действия отличаются гармоничным смягчением всех симптомов, начиная с тревоги.

При тяжёлой ажитированной депрессии или тревожном ступоре целесообразно начинать терапию с больших доз феназепама (3-5 мг в сутки), лепонекса (150-300 мг в сутки), а при его отсутствии – с хлорпротиксена или тизерцина. Такая тактика исключает возможность возникновения раптуса и снижает риск суицидальной попытки.

Лечение депрессий при психоорганическом синдроме

При психоорганическом синдроме клиническая картина может состоять из астенических, аффективных нарушений с чередованием гневливости с эйфорией, апатических расстройств.

Основные принципы лечения с психоорганическим синдромом: терапия основного заболевания, применение транквилизаторов, малых доз «малых нейролептиков» и антидепрессантов под «прикрытием» антипаркинсонических и вазотонических средств.

При астенодепрессивных состояниях рекомендуется применение френолона (до 10-15 мг в сутки) в сочетании с азафеном (до 200-300 мг) в сутки, амитриптилином (до 200 мг в сутки), имизином (до 150-200 мг в сутки).

В случаях психоорганического синдрома эффективны ноотропы – пирацетам, пиридитол, и др.

Кроме мягкого стимулирующего действия, ноотропы обеспечивают редукцию астенических расстройств, некоторую активизацию, сглаживание соматовегетативных нарушений.

Острые депрессивно-бредовые состояния.

Бред осуждения, обвинения, виновности, греховности, нигилистический бред.

1. Иллюзорно- бредовая дереализация и деперсонализация.

Лечение.

1. Sol. Tisercini 2,5%-2-4 мл до 300 мг\сут.
2. Chlorprotixeni 200-400 мг\сут.
3. Amytriptilini 200-300 мг\сут.
4. Triptasini 30-70 мг\сут.
5. Haloperidoli 0,5% -15-30 мг\сут.

Меланхолический раптус

Двигательное беспокойство, агитация, снижение настроения, страх, тревога, бессонница.

Лечение.

1. Sol. Tisercini 2,5%-2,0 в\м в\в медленно
2. Sol. Seduxeni 0,5%-2,0 мл в\в или в\м
3. Sol. Phenazepamі 0,5 до 10 мг\сут.
4. Sol. Amytriptilini 1,25%-2,0 в\м

Лечение депрессий при симптоматических психозах

При затяжном течении симптоматические психозы могут выражаться в следующих психопатологических состояниях:

1. Депрессивные состояния с заторможенностью либо агитацией, тревогой выраженным возбуждением. Клиническая картина может иметь сходство с фазой маниакально-депрессивного психоза либо с инволюционной меланхолией. В отличие от маниакально-депрессивного психоза симптоматическим депрессиям свойственны выраженные астенические расстройства: слезливость, истощаемость, суточные колебания настроения отсутствуют. В вечерние и ночные часы у больных могут развиваться делириозные эпизоды.
2. Депрессивно-параноидные состояния, часто сменяющиеся аффективные нарушения при прогрессивном течении соматического заболевания. К депрессивной симптоматике присоединяются бред суждения, нигилистический бред, вербальный галлюциноз, ложные узнавания; нередко делириозные эпизоды.

При перечисленных состояниях надо обеспечить интенсивное воздействие на основное заболевание и психофармакотерапию, определяемую особенностями психопатологического синдрома.

Назначают более мягко действующие антидепрессанты – азафен до 300мг и лишь в более тяжёлых случаях трициклические препараты в небольших дозах – амитриптилин или имизин до 100-200 мг.

ТЕСТЫ

1. Для шизофренической депрессии не свойственен:
 1. эмоциональная обеднёность
 2. галлюцинации и бред
 3. признаки диссоциации мышления
 4. симптомы психического автоматизма
 5. связь депрессивных переживаний с содержанием реактивной ситуации

2. К триаде Яспера для дифференциальной диагностики реактивных депрессий не относится:
 1. идеи самообвинения
 2. возможность благоприятного исхода и выздоровления
 3. связь депрессивных переживаний с содержанием реактивной ситуации
 4. возникновение как следствие реактивной ситуации.

3. К депрессиям эндогенного типа не относятся:
 1. инволюционные
 2. реактивные
 3. циклотимические
 4. шизофренические
 5. депрессии при маниакально-депрессивном психозе

4. К симптомам депрессивного синдрома не относятся:
 1. сниженное настроение
 2. замедление мышления
 3. запоры
 4. снижение двигательной активности
 5. нарушение ориентировки

5. Депрессия возникает при следующих заболеваниях кроме:
 1. Шизофрения
 2. МДП
 3. Олигофрения
 4. Реактивные состояния
 5. Неврозы

6. При синдроме Котара не отмечается следующий симптом:
 1. Сниженное настроение
 2. Нигилистический бред
 3. Ипохондрический бред
 4. Ажитация
 5. Нарушение ориентировки

7. У больного 46 лет отмечается депрессивное состояние с суицидальными мыслями. Ранее трижды наблюдались аналогичные. Изменений личности не отмечается. Имеет семью, работает инженером, лечение не принимает.

1. Циркулярная форма шизофрении
2. МДП
3. Шизофреноподобный психоз
4. Реактивная депрессия
5. Инволюционная меланхолия

8. У больной В. 30 лет, развилась депрессия, которая сопровождается утратой чувств. Иногда это состояние сопровождается мучительным чувством бесчувствия, нереальности, призрачности окружающего мира, исчезновением эмоциональных реакций, расстройством чувством сна. Вид нарушения?

1. Депрессивно-параноидная
2. Сенестопатическая
3. Ипохондрическая
4. Психастеническая
5. С деперсонализацией и деперсонализацией.

9. После сильного пожара, у больного снизилось настроение, появилось чувство безнадёжности, слезливости, снижение аппетита, двигательная заторможенность, бессонница, высказывает суицидальные мысли.

1. Реактивный бред
2. Реактивная депрессия
3. Истерический невроз
4. Реактивный ступор
5. истерический психоз

10. У женщины 56 лет в последние 4 года отмечается бессонница. Беспокойство, беспричинная тревога, снизилось настроение, появились суицидальные мысли. Это признаки:

1. Инволюционного параноида
2. Лакунарной деменции
3. Инволюционной меланхолии
4. Невротической депрессии
5. Болезни Альцгеймера

ЗАДАЧИ

Задача №1.

Больной к. 48 лет, военнослужащий.

Жалобы: «Душераздирающая тоска», тревога.

Из анамнеза: Поступает в психиатрический стационар; 4-й раз. Прежде всякий раз при выписке считал себя выздоровевшим, возвращался на работу, был активным, жизнелюбивым. Перед настоящей госпитализацией было

намерение убить себя и тяжелобольную жену, чтобы избавиться от мучений себя и её.

Соматический статус: Рот сухой, беспокоят запоры. Пульс 85-90 уд/мин., А/Д-140/85 мм рт. ст. (обычное для больного А\Д-90/70 мм рт.ст.) Соматических заболеваний нет.

Неврологический статус: Зрачки широкие. В остальном без особенностей

Психическое состояние: Выражение лица скорбное, взгляд тревожный. Больной не сидит на месте, вскакивает, ходит по комнате, говорит, что ему так легче. Во время разговора постоянно теребит одежду, иногда хватается руками за голову, заламывает руки с возгласом: «Что же будет?» Винит себя в том, что «запустил» болезнь, не пришёл к врачу по вызову, когда чувствовал себя ещё хорошо. Теперь же «всё пропало» и только «один выход: головой об мостовую» Расстройств восприятия, нарушений памяти нет.

- 1.Поставьте больному диагноз.
- 2.Сделайте необходимые назначения.

Задача №2

Больная М. 62 лет, пенсионерка. Задержана милицией в связи с суицидальной попыткой: бросилась под машину на улице. Сведения о себе дать отказывается. Вызванный в милицию муж больной сообщил, что она наблюдается врачом психоневрологического диспансера по поводу состояний то повышенного, то пониженного настроения. Недели 2 тому назад стала вялой, постоянно жалуется на боль в области сердца, похудела, много лежит, домашние дела выполняет через силу.

Объективно: Больная ориентирована в месте, времени, собственной личности. Подавлена, заторможена, неприятности отрицает. Суицидальную попытку объясняет тем, что стало «тяжело жить», и «зажилась на свете». Бреда, галлюцинаций нет.

А/Д 170\90 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин., хорошего наполнения.

На лбу и коленях кровотокающие ссадины (следы падения по машину).

1. Поставьте диагноз.
2. Решите вопрос о неотложных мероприятиях.

Задача №3. Больная С., 30 лет, продавец. Помещена в психиатрический стационар после суицидальной попытки (пыталась повеситься). В отделении малозаметна, одиноко сидит в углу палаты, опустив голову и уронив руки на колени. На лице застыло тоскливо-напряжённое выражение. На вопросы отвечает с большой задержкой, односложно, тихим голосом. Факт самоповешения не отрицает, говорит об этом как о вынужденной мере: «Таким, как я, не место на земле... Лучше я сама себя накажу, чем дожидаться суда людского...» Называет себя преступницей, говорит, что не

имеет права есть больничную пищу, поэтому отказывается от еды. Вспоминает, что некоторое время работала в магазине, где присваивала себе пустые бутылки. Многие годы не думала об этом, но в самое последнее время, замечая подозрительное отношение к ней окружающих, вспоминала всё в подробностях и поняла, что «ничто не забыто». Себя больной не считает, настаивает на выписке: «Моё место не в больнице, а в тюрьме». На следующий день после госпитализации, укрывшись одеялом с головой, пыталась задушить себя полотенцем.

1. Перечислите симптомы психических нарушений.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Сделайте назначения по уходу и надзору за больной и лечению.

Задача №4. Больная 47 лет, заболела 6 дней тому назад: стала тревожной, тоскливой. Высказывает бредовые идеи самообвинения, вспоминает прошлое. Мелкие поступки, считает, что должна быть наказана за них. Убедена, что все окружающие знают о её прогрешениях, осуждают её, требуют её смерти. Считает, что её вина настолько велика, что из-за неё может пострадать «весь мир», «люди всей земли», что она своей смертью спасёт весь мир от гибели. Считает, что она находится не в больнице, а в тюрьме, что вокруг неё здоровые люди, одетые в больничные халаты, что они своими жестами, мимикой и поведением» как бы разыгрывают спектакль», намекая на её грешную жизнь. Просит скорее назначить суд, так как её душевные муки невыносимы. Больная не находит себе места, пытается наносить себе повреждения. Выражение лица – тоскливо-скорбное. Отказывается от еды и лечения, считая, что не заслужила.

Из анамнеза известно, что в детстве отличалась ровным, общительным, весёлым характером, была приветливая, активная. В возрасте 17 лет перенесла приступ тревожной депрессии с чувством собственной изменённости и изменения окружающего мира. Всё вокруг казалось нереальным, изменившимся. Казалось, что она сама изменилась и все окружающие это замечают, обращают на это внимание, осуждают. Приступ продолжался около 6 месяцев.

После выписки из стационара больная вернулась к прежней работе, чувствовала себя удовлетворительно, но стала менее активной и общительной. Дома и на работе раздражительна, конфликтна, озабочена своим здоровьем, равнодушна к жизни близких людей.

1. Сформулируйте синдромологический диагноз.
2. Обоснуйте клинический диагноз.
3. Назначьте лечение.

Задача №5. Больная 40 лет. Состоит на учёте в психдиспансере 20 лет. За этот период перенесла 5 приступов аналогичных настоящему. После выхода из психоза возвращается на прежнее место работы, с работой справляется. Замужем, имеет 3-х детей. Дети здоровы.

В стационаре: больная выглядит старше своего возраста. Кожа сухая, морщинистая, землисто-серого цвета, тургор резко понижен. Зрачки широкие. Пульс 95 уд./мин. А/Д 140/90 мм рт.ст. Аменорея. Запоры. Поза сгорбленная, всё время сидит, низко опустив голову, или лежит в постели. Речь скупая, малословная, контакт с больной малопродуктивный. Отказывается от еды. Тихим голосом говорит, что «она не имеет права есть больничную пищу, потому что не заслужила. Моё место не в больнице, а в тюрьме. Меня надо судить за все мои грехи».

1. Установите синдромологический диагноз.
3. Обоснуйте нозологический диагноз.
4. Сделайте назначения.

Задача №6. У Р. 42 лет, депрессия явилась суммарной реакцией на ряд невзгод (пьянство мужа, аморальное поведение сына, неполадки на работе). Больная стала астеничной, слезливой, жаловалась на свою судьбу. Подавленное настроение и чувство тревоги удалось смягчить небольшими дозами транквилизаторов (седуксен, тазепам), в то же время как антидепрессанты (амитриптилин и др.) не дали положительного эффекта. Заметное влияние оказывала психотерапия.

1. Установите синдромологический диагноз.
2. Обоснуйте клинический диагноз.

Задача №7. Больная Ш. 20 лет, заболела после смерти брата. До этого на учёте в психоневрологическом диспансере не состояла. По характеру весёлая, жизнерадостная, активная. Занималась общественной работой. Учится в институте, с учёбой справляется. После скоростижной смерти брата резко понизилось настроение, заявляла, что по её вине умер брат, что она не сделала всего необходимого для его спасения и воспитания. Возникли мысли о самоубийстве.

В стационаре: лицо землисто-серого цвета. Выражение лица тоскливо-скорбное, глаза тусклые, складка Верогуа на веках, уголки губ опущены. Жалуется на глубокую тоску, не мил весь свет. Окружающий мир стал каким-то тусклым, утратил краски. Не чувствует вкуса пищи. Обвиняет себя в легкомыслии, тунеядстве. Считает, что вела неправильный образ жизни, мало заботилась о матери, брате, что не имеет права на дальнейшую жизнь. Поза согбенная, руки приведены к туловищу, голова низко опущена. Речь тихая, медленная, односложная, малопродуктивная.

В соматическом статусе: пульс 100 ударов в минуту, артериальное давление 160/100 мм рт. ст., запоры, аменорея.

- Перечислите болезненные симптомы.
- Установите синдромологический диагноз.
- Установите нозологический диагноз.
- Сделайте необходимые назначения.

8. Больной жалуется на боли в горле, заявляет, что болен раком гортани, горло у него сгнило, в груди пусто, всё сгнило. Настроение подавлено, тревожен, не находит себе места.

Предпочтительный диагноз?

9. Больная К. поступила в связи с суицидальной попыткой, в палате лежит неподвижно с закрытыми глазами. На вопросы не отвечает. Лицо скорбное, мимика бедная. Кормится с принуждением. Если её посадить, долго сидит без движений, молча опустив голову.

Синдромальный диагноз?

10. Больной Р. 37 лет, лечился по поводу депрессивных состояний стационарно 4 раза в разных больницах, в промежутках бывали и маниакальные фазы. Первая депрессия возникла как анаклитическая: приехав в Ленинград в 17 лет из небольшого города поступать в институт, был принят и остался жить в общежитии. С семьёй разлучился впервые. Испытывал одиночество, скучал по матери, не смог заниматься, «тупо смотрел на лектора, ничего не понимая», не спал, исхудал. Ему был предоставлен академический отпуск, путёвка в санаторий, но затем больного пришлось госпитализировать. Уже при третьем приступе депрессии (больной к тому времени окончил успешно институт и занимался в аспирантуре), когда подробнее расспросили о настроении детских лет, больной рассказал о периодах, когда накатывалась жгучая тоска, он прятался в сарае, плакал, казалось, что «нет выхода», - хотя ничего не случилось.

Синдромальный и клинический диагноз?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. Москва. «Медицина», 1979 г. – 187 с.;
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 1999 г.;
3. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976 – 325 с.;
4. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. Санкт-Петербург (Москва, Харьков, Минск): Питер – 1998 – 311 с.;
5. «Клиническая психиатрия». Под ред. Т. Б. Дмитриевой. МОСКВА 1998 г.
6. Зейгарник Б.В., Николаева В.Р., Лебединский В.В. Практикум по патопсихологии. М.: Медицина, 1987;
7. Иванов П.И. Общая психология. Ташкент. Укитувчи, 1964 – 544 с.;
8. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1982 – 270 с.;
9. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мерилов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии (учебное пособие). М.: Медицина, 1986 – 182 с.;
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство московского университета, 1974 – 374 с.;
11. Руководство по психиатрии / Под ред. Морозова Г.В./ М.: Медицина, 1985, Т. 1, 2;
12. Мурталибов Ш.А. Справочник по психиатрии. Ташкент, 1998 – 249 с.;
13. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (практическое руководство). М.: Медицина, 1970 – 215 с.;
14. Руководство по психиатрии / Под ред. Снежневского А.В. / М.: Медицина, 1983. Т. 1, 2;
15. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985 – 410 с.;
16. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Ташкент, 1995;
17. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997 – 721 с.;
18. Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. Аффективные психозы, Ленинград, «Медицина», 1988г.
19. Брайтиган В. «Психосоматическая медицина» МОСКВА 1999 г.
20. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Москва, 1999 г.
21. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999;
22. Шейдер Р. «Психиатрия» Москва 1998 г.;
23. Аграновский М.Л. Общая медицинская психопатология. Андижан, 2003 г.
24. w.w.w. Психиатрия. Депрессии. @.

25. А.Б. Смулевич. Журнал неврологии и психиатрии, 4, 2003. Депрессии и шизофрения
- 26.С.В. Литвинов, А.А. Марченко. Журнал неврологии и психиатрии, 5, 2003 г. Лечение невротической депрессии ципрамилом.