



## **6 понижения**

Депрессия и ее клинические симптомы; термин "депрессия", как уже объяснил Ло, происходит от латинского слова "deprimere". У депрессии много лиц и различных проявлений. Могут возникнуть следующие симптомы, как уже описано Лау: Ингибирование вождения, усталость, расстройство сна и мышления, депрессивное настроение, размышления, внутренняя беспокойство, тревога, безнадежность, неспособность принимать решения, потеря инициативы, потеря интереса, нарушение концентрации, потеря аппетита, нарушение жизнеспособности, бредовые идеи и мысли о самоубийстве.

Во время депрессивной фазы у 40-80% пациентов существует высокий риск самоубийства. 15% пациентов совершают самоубийство, 20-60% - попытку самоубийства. Внешний вид подавленного человека показывает серьезное, застывшее выражение лица, мягкий голос, приглушенный взгляд, нерешительность речи (Laux G, 2001).

Ингибированная депрессия выражается в ограниченной психомоторной активности, в пониженной активности и в тяжелом случае в депрессивном ступоре.

Основными симптомами депрессии являются следующие: возбуждение, суматоха, непродуктивное поведение, стоны.

Помидорная депрессия является вегетативным и психосоматическим расстройством (там же).

## Психосоматические симптомы повышенной (соматической) депрессии

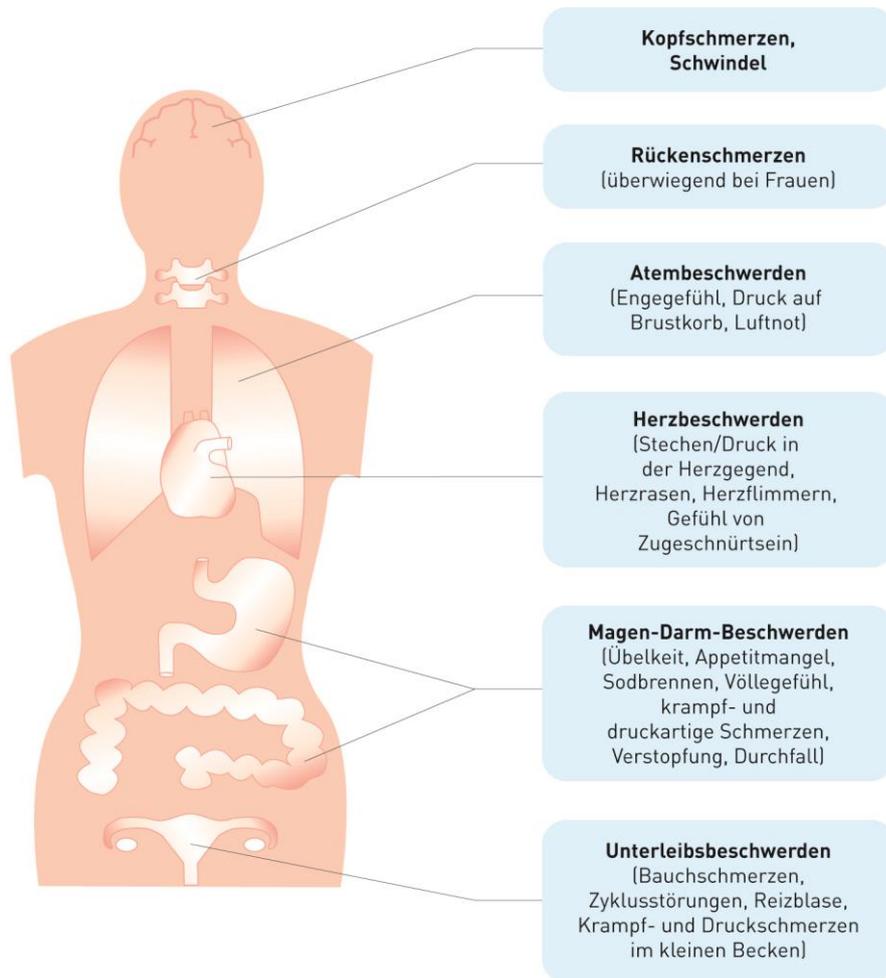


Рис. 13: Психосоматические симптомы соматической депрессии

Модифицировано взято из: Мёллер Х-Джей, Лау Г, Дейстер А, 2005, стр.85.

Анакастическая депрессия выражается, как уже описывал Ло, в преувеличенной упорядоченности, сознательности и принудительных симптомах. Это включает в себя "синдром Сиси" имени императрицы Елизаветы Петровны. Она встречается примерно в трети пострадавших женщин. Это приводит к беспокойству, физической гиперактивности, волатильности, быстрым перепадам настроения, голоданию, преувеличенному культу тела, проблемам с самооценкой и попыткам самолечения. (Laux G 2001)

## **Терапия**

В случае биполярной болезни необходимо лечение наркозависимости, которое, безусловно, займет много времени. Как уже упоминалось Эбертом и Лоу, профилактика рецидивов неизбежна как долгосрочная терапия. Эти меры должны быть начаты в течение одного года после того, как симптомы утихнут. В случае рецидива проводится повторная терапия. Эпизоды могут быть уменьшены, и достигается постоянное отсутствие симптомов. (Эберт Д., Лоу Т., 2011)

Депрессия лечится психофармакотерапией антидепрессантами. Как отмечает Фрэнк, также рекомендуется использовать психотерапию, но это имеет смысл только после острой фазы. При остром эпизоде необходимо пребывание в стационаре для обеспечения интенсивной терапии и предотвращения риска самоубийства. В случае легких форм часто бывает достаточно амбулаторного лечения, особенно если пациент находится под наблюдением надежных родственников. Пациент сам не должен подвергаться никакому профессиональному стрессу - даже дорожному движению. (Фрэнк В., 2007)

Как только диагностические критерии будут выполнены, важно начать внутренние и неврологические обследования. Анализ крови проводится в лаборатории (печень, почки, электролиты, уровень сахара в крови, кала, щитовидной железы, витамина В12, уровня сыворотки крови), ЭЭГ, КТ, возможно ЯМР, сцинтиграфия мозга, ОФЭКТ, РСВФ, доплеровская сонография. В случае ремиссии депрессии следует провести тест на дексаметазон. Стандартизированные оценочные шкалы облегчают оценку тяжести заболевания. (Laux G, 2001)

### **Пример из практики Мед. Университета Вены АКН**

Я хотел бы более подробно описать причины, симптомы, диагноз, терапию и течение биполярных аффективных расстройств на примере пациента, с которым я познакомился во время моей клинической практики в университетской больнице Вены АКН.

Пациенты Анамнез

Пациентка М. в сопровождении своего семейного врача и его жены, с которой у нее были дружеские отношения, добровольно пришла в отделение для приема. Хотя она плохо понимала, что такое болезнь, ее лечащий врач смог мотивировать ее на госпитализацию в палату.

На момент поступления миссис М. была явно беспокойна. Она заявила о сильном внутреннем беспокойстве, которое также проявлялось в явной беспокойстве по поводу мотора, когда она часто поднималась из кресла во время анамнеза и ходила вверх и вниз по комнате. Ее мыслительный процесс ускорялся, проликс, и иногда она переходила от одной мысли к другой. Ее концентрация и функция памяти были значительно снижены. Настроение сильно колебалось между эйфорией и раздражением. Она сообщила о нарушениях сна, с субъективным ощущением, что в последнее время ей нужно меньше спать.

Судя по ее данным и истории болезни, в последние несколько лет в связи с маниакальными эпизодами в больницах наблюдались частые случаи госпитализации. Последний выстрел был сделан после того, как пациентка поехала на своей машине по односторонней полосе движения, когда полиция попыталась остановить ее, сбежав и спровоцировав опасную погоню. Кроме того, в соответствии с Законом о жилье (ЗЖП) она дважды подвергалась словесным и насильственным агрессивным вспышкам насилия, представляющим опасность для окружающих.

В последние месяцы г-жа М. перестала регулярно принимать лекарства и реже консультировалась со своим специалистом, что привело к новой вспышке маниакальной фазы.

После того, как также несколько депрессивных фаз были исследованы и известны, был поставлен диагноз биполярное аффективное расстройство с настоящим маниакальным эпизодом (МКБ-10 F31.1.1).

## **Появление мании у пациента М**

Как описывают Диллинг и др., маниакал может быть самодовольным, раздражительным, даже агрессивным, как это было с г-жой М.М.. Он также легко отвлекается, переходит от идеи к идее в процессе мышления, может быть очень

остроумным и сообразительным. Он часто громкий, живой, беспокойный и дерзкий. Раньше желание говорить и писать падало.

снижение потребности во сне, сумасшествие от шопинга, злость и жадность к контактам, особенно постоянные телефонные звонки. Маникер склонен к неуместной конфиденциальности, даже по отношению к незнакомцам, хвастается социальными "промахами", мошенничеством и часто навязчив, бросает вызов, отстранен, наглышен, а иногда и сексуально разобщен. Социальные и социальные последствия часто бывают тяжелыми. Вышеупомянутое безумие может привести к финансовому краху и часто приводит к серьезным спорам с родственниками, знакомыми, начальством и властью. В конце концов, разлука, развод, увольнение, долги и разрушенная репутация часто угрожают. (Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

Некоторые из вышеуказанных симптомов наблюдались у г-жи М. во время записи и последующих бесед.

### **Генетическая предрасположенность**

Семейная история болезни пациентки г-жи М. показала, что ее мать лечится от рецидивирующего депрессивного заболевания. У одной из ее сестер также была тяжелая депрессия, иногда с аутистическими симптомами.

Аналогичным образом, важнейшие жизненные события - так называемые "жизненные события" - играют решающую роль в возбуждении аффективного заболевания. По словам пациентки г-жи М., недавно ей пришлось столкнуться с массовым разлучением со своим нынешним партнером, которое она охарактеризовала как тяжелое бремя. Кроме того, ей пришлось столкнуться с огромной временной нагрузкой в контексте своей профессии и в последнее время она не смогла вовремя выполнить свою работу. Депрессивный человек видит себя и окружающий его мир в негативном свете. Г-жа М. также высказала мысли о самоубийстве в момент поступления, но они не были еще более конкретными. Однако в прошлом она уже пыталась покончить жизнь самоубийством, что было видно по по порезу на запястье.

## **Нейробиологическая гипотеза**

В 1960 году несколько исследовательских групп обнаружили, что ресерпин приводит к снижению концентрации различных биогенных аминов в центральной нервной системе. Как объяснил Фрэнк, 10% пациентов с гипертонической болезнью, получавших резерпин, имели депрессивную фазу (Frank W, 2007).

В то время было известно, что трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы (МАОs) оказывают значительное влияние на концентрации нейротрансмиттеров серотонина и норадреналина в синаптической расщелине. Ингибирующее действие трициклических антидепрессантов (ингибирование повторного поглощения) и ингибиторов МАО предотвращает ферментативную деградацию.

В 1965 году Торти увидел причину депрессии в дефиците норадреналина, а в 1967 году Коппен сформулировал серотониновую гипотезу как причину депрессивных состояний.

Подтверждается также, что циклотимическая депрессия является результатом дефицита серотонина и норэпинефрина (гипотеза о дефиците моноамина) (там же).

## **Дисфункция в системах нейромедиаторов**

Как пояснил Фрэнк, психические расстройства связаны с нарушениями в работе нейротрансмиттерных систем мозга, депрессиями и тревожными расстройствами у нейротрансмиттеров серотонина и норадреналина, а также с веществами Р или гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК). ОКР ассоциируется с системой серотонина, шизофренией с передатчиками допамина и глутамата. Допамин также играет определенную роль в развитии зависимости. С точки зрения поведенческой теории депрессию можно рассматривать как нарушение самоощущения, самооценки и самоусиления (Frank W, 2007).

Терапия и курс для пациента М - В рамках моей клинической работы в университетской клинике в Вене АКН:

В отделении была проведена подстройка под вальпроевую кислоту, стабилизатор настроения и нетипичный антипсихотический препарат, с помощью которого можно было достичь распада маниакальных симптомов. Первоначально очень сильный привод

быстро вернулся в нормальное русло, и госпожа М. проводила более длительные и продолжительные перерывы в постели. Кроме того, г-жа М. нуждалась в защите от внешних стимулов и четких структур. В многочисленных беседах г-жа М. сделала недавний маниакальный эпизод темой и впервые проявила большой интерес к правильному пониманию своей болезни. Она также активно участвовала в терапевтической программе отделения, которая состояла из трудотерапии, физиотерапии, психотерапевтических индивидуальных и групповых обсуждений.

### **В контексте обсуждения терапии**

Стали очевидными трудности пациентки с дисциплиной и доверительным отношением к другим людям, которые могли бы помочь ей с новой вспышкой мании. Был также семейный разговор с родителями и сестрой, а также разговор с ее бывшим партнером, с которым она все еще поддерживала контакт. В плане психообразования семья также была проинформирована о ее болезни и важности распознавания ранних признаков.

Г-жа М. хотела бы быть более независимой по отношению к своей семье и чувствовать себя очень одинокой после разлуки со своим партнером. С ней обсуждался вопрос о том, может ли она перейти на менее напряженную работу и участвовать в работе группы самопомощи. Она решила пройти курс психотерапии и записаться на первый спектакль во время ее пребывания в клинике.

Она также несколько раз говорила о необходимости регулярного приема лекарств и оказания специализированной помощи. Ей также сообщили, что рецидивирующее биполярное расстройство требует длительного лечения в течение нескольких лет и что сокращение или прекращение приема лекарств без медицинской консультации может привести к новой вспышке этого расстройства.

### **заключительное замечание**

На мой взгляд, психические заболевания необходимо распознавать и лечить гораздо раньше. Было бы также важно, чтобы больше людей, особенно из социально неблагополучных семей, имели доступ к психотерапии в рамках медицинского

страхования. Исходя из моего опыта в детской и молодежной психиатрии - очень многие дети помещаются в интернатные учреждения и сообщества совместного проживания, - было бы более разумным более интенсивно лечить пострадавших детей психотерапией и оставлять их в семье как можно дольше.

Даже в компаниях, где ситуация очень напряженная, желательно, чтобы сотрудники могли обрабатывать свой стресс под наблюдением психотерапевта.

Профессор доктор Андравис