

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

РОЗЛАДИ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ

Навчальний посібник

для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія»

Запоріжжя

2021



УДК 616.895.4(075.8)

С 20

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 5 від « 27 » травня 2021 р.)
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

Автор:

Саржевський С. Н., доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, к.мед. н.

Рецензенти:

Троян В. І., завідувач кафедри оториноларингології ЗДМУ, доктор медичних наук, професор;

Завгородня Н.Г., зав. кафедри офтальмології ЗДМУ, доктор медичних наук, професор.

Саржевський С. Н.

С 20 Розлади афективного спектру : навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». – Запоріжжя, 2021. – 90 с.

Навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти". Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, згідно робочої програми інтернатури спеціалізації «Психіатрія». Автори виходили з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах сучасної системи оцінки навчання. Матеріали навчального посібника є керівництвом для проведення лекційних та семінарських занять з афективних розладів з лікарями інтернами зі спеціалізації «Психіатрія» та лікарями інтернами загальної практики і розроблені вперше. З огляду на прогресивний розвиток сучасної психіатричної нозології, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом не повністю відповідатиме педагогічним і професійним потребам, тому він буде вдосконалюватися і доповнюватися.

УДК 616.895.4(075.8)

*Затверджено на засіданні кафедри «29» березня 2021р., Протокол № 19
Переглянуто на засіданні кафедри « ___ » _____ 20 __ р., Протокол №*

Передмова

Запропонований навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти" та побудований згідно робочої програми лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Посібник підготовлений за матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету. У ньому розкрито одні з найбільш поширених різновидів психіатричної нозології – афективних розладів, що включають різні варіанти патології емоцій. Поглиблено виділено дефініції афекту та його різновидів; описано етіологічні фактори, клінічні прояви, критерії важкості, лікування депресивних та маніакальних станів. Навчальний посібник за структурою побудований з роз'яснення загальних понять, з подальшим висвітленням конкретних нозологічних одиниць. Присутні тести, що допомагають закріпити теоретичні знання. Після обговорення навчального матеріалу вміщені різного ступеня важкості задачі для самоконтроля засвоєння знань. Виклад теоретичних основ спектру афективних розладів у навчальному посібнику є стереотипним і здійснюється з використанням досвіду низки підручників та навчальних посібників для вищої школи. Проте вибір форми і стилю розглянутої навчальної інформації є авторським. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом буде вдосконалюватися і доповнюватися. Вважаю, що цей матеріал допоможе поглибити навчальний виклад, зробити його привабливішим у процесі фахової підготовки лікаря інтерна психіатра, та в професійній діяльності будь – якої спеціальності.

Зміст

Передмова	3
Зміст	4
Розділ 1. Афект. Термінологія та психопатологія	5
1.1. Фази афекту	6
1.2. Класифікація афектів	7
Розділ 2. Афективні розлади	8
2.1. Історія, діагностика та класифікація афективних розладів	9
2.2. Біполярний депресивний розлад	10
2.3. Циклотимія	27
2.4. Дистимія	31
2.5. Рекурентний депресивний розлад	35
Розділ 3. Лікування афективних розладів	52
Розділ 4. Завдання і тести	61
Розділ 5. Шкали для оцінки афективних розладів (додатки)	69
Рекомендована література	89

Афект. Термінологія та психопатологія.

Перш ніж розпочинати вивчення розладів афективного спектру необхідно розуміти наступні терміни: *емоція* та *афект*.

Емоція - це психічне відображення значущості для індивіда діючих на нього факторів.



Афект – це *емоційний процес*, що швидко виникає та бурхливо перебігає, характеризується сильним і глибоким переживанням, характерним зовнішнім проявом, звуженням свідомості і зниженням самоконтролю.

Чим же відрізняється афект від емоції?

При розборі відмінностей цих двох психічних процесів слід зазначити, що діапазон різновидів емоцій куди ширше, ніж афекту (за даними В.І. Шаховського у нормальній психології розрізняють більш ніж 500 різновидів емоцій). А афект, в свою чергу, залучає поряд з емоцією будь-якої модальності також порушення мотиваційно-вольової діяльності, аномально посиленні спонукання, їх ухвалення або пригнічення. Таким чином, можна виділити наступні відмінності афекту:

- ситуативність;
- більша інтенсивність;

- короткотривалість;

Афект має комплексний вплив на психічні функції людини, а саме призводить до:

- 1) когнітивних порушень – порушення уваги, пам'яті, мислення;
- 2) конативних порушень (мотиваційно-вольових);
- 3) моторних порушень – прискорення та збудження або навпаки, загальмованість та уповільнення рухової активності;
- 4) вегетативно-соматичних порушень – порушення тривалості та виразності тілесних сенсацій.

Від ступеню розвитку хвороби, біологічних та психологічних особливостей людини, умов навколишнього середовища залежить варіабельність афекту: або відповідність виразності та модальності емоційного афекту, або дисгармонійність цих проявів.

Фази афекту

I фаза – отримання психотравмуючої інформації; людина усвідомлює, що сталося, формується та посилюється «афективне напруження».

II фаза – фаза «пікового напруження». Відбувається спалах емоційних реакцій, що може супроводжуватися: неконтролюючою жорстокістю та агресією; розладами сприйняття звуків (їх приглушення або вони навпаки, стають гучнішими); порушенням чутливості (за типом гіпо- або гіперестезії) та моторики (почуття «ватних ніг», шум в вухах); наявністю ілюзорних включень; можливістю розладів мислення. У такому стані людина не здатна раціонально надати оцінку подіям, що відбуваються.

III фаза – відсутність будь-якою реакції на зовнішні подразники. Людина у такому стані не вступає у контакт, знаходиться у стані прострації або термінальному сні.

Класифікація афектів

В залежності від стану свідомості розрізняють фізіологічний та патологічний афекти.

Фізіологічний афект – стан, при якому людина усвідомлює події, що відбуваються навколо неї та пам'ять про раптову емоційну хвилю зберігається.

Патологічний афект – більш важкий психічний стан, під час якого людина може чинити загрозу собі та оточуючим. Пацієнт не має критики та усвідомлення своїх дій та повністю губить контроль над ними, емоціями, мисленням. Частіше всього у пацієнта не залишається спогадів про психотравмуючу ситуацію.

Якщо досліджувати афект, як занадто виразні реакції, що виникають у разі зштовхування людини із екстремальними (ті, що погрожують життю людини) подіями, то слід згадати про три еволюційно закладених механізми реагування, а саме «бий, біжи або завмири», бо саме ці реакції відносять до *афективно-шокових*.



1. «Бий» - різновид поведінки, що направлена на агресивне усунення погрожуючого фактору. Саме при цьому стані людина під впливом бурхливої жорстокості та агресії може застосувати фізичну силу

проти людей, що створили стресову подію. В разі скоєння протиправних дій у суді постає питання про походження афекту: він фізіологічний чи патологічний, адже від цього залежить кримінальна відповідальність пацієнта.

2. «Біжи» - для цього типу реакції характерно рухове нецілеспрямоване збудження, що частіше всього призводить лише до посилення загрози, а не її ліквідації. *Приклад:* під час пожежі у багатоповерховому будинку, замість руху за евакуаційними шляхами, людина у стані афекту може навіть випасти з вікна або бігти у напрямку вогнища, а не навпаки.
3. «Завмри» - емоції настільки сильні, що нібито «паралізують» людину, яка не в змозі рушити з місця та лише дивиться за тим, що коється навкруги. *Приклад:* матір, що стоїть на березі, бачить як у річці потопає її син, але продовжує непорушно стояти, ніби «вкопана».

Афективні розлади

Група афективних розладів включає порушення, у структурі яких провідним проявом є порушення афекту (настрою), в бік погіршення або його покращення. Частіше ці розлади є повторними, а початок окремих епізодів пов'язаний зі стресогенними ситуаціями. Варто розуміти, що афективні розлади завжди уявляють собою феноменологічно складні, багатомірні утворення та включають до себе зміни різних сфер психічної діяльності і соматичних функцій.

Окрім настрою, що найбільш доступний до суб'єктивної або об'єктивної оцінки, афективні розлади зачіпають мотивацію до діяльності, потягів, довільний контроль за поведінкою, когнітивну діяльність (увага, пам'ять, темп та обсяг асоціацій та їх змістовне проявлення), загальний психічний та фізичний тонус, рухову активність, вегетативну регуляцію, різні соматичні функції. У розвитку цих процесів зміни настрою не завжди первинні, однак модальність афекту зазвичай прирівнюється до модальності домінуючої патологічної емоції: тужна та загальмована депресія пов'язана із домінуванням туги, ейфорійна гіпертимія – із ейфорійною непродуктивною манією.

Історія вивчення афективних розладів

«Батько медицини» Гіппократ (460-370 роки до н.е.) описував явище під назвою «μελαγχολία», що з давньогрецької перекладається, як меланхолія. Розвиток тужливого смутку на ті часи пояснювався надлишком «чорної жовчі» в організмі людини, лікували ж хворих осличим молоком та голодом.

Перші описання чергування станів меланхолії та манії також були описані ще у давнині Артемієм Кападокійським у 150 році до н.е.



Часи минали, а перші описи та систематичне вивчення афективних розладів сталися лиш наприкінці XIX сторіччя. Такі визначні психіатри як: Кальбаум (1882 рік – виділення циклотимії), Крепелін (1899 рік – відкриття маніакально-депресивного психозу), Каннабіх (1914 рік – розглядав циклотимію, як непсихотичну форму фазно перебігаючого захворювання) внесли вклад до вивчення проблеми афективних розладів.

Слід також зауважити, що деякий прогрес знань в області патогенезу саме депресій був пов'язаний із вдосконаленням технічного арсеналу клініко-лабораторних та експериментальних досліджень. В наш час проводиться багато досліджень афективних розладів не тільки з боку психопатології, але із патофізіології, біохімії, нейропсихології. Через це з'явилась необхідність вдосконалення критеріїв нозологічної та типологічної діагностики депресій, розробки принципів клінічної систематики. Таким чином, був створений ряд

уніфікованих шкал депресії, тривоги, манії, апатії, що керувалися стандартизованими ознаками та стали доступні до статистичної обробки.

Діагностика афективних розладів

Діагностика афективних розладів базується на ретельному зборі скарг, анамнестичних даних, аналізі клінічної картини захворювання, використання скринінгових інструментів і діагностичних шкал.

Класифікація афективних розладів

F30-F39 Афективні розлади

F30 Маніакальний епізод

F31 Біполярний афективний розлад

F32 Депресивний епізод

F33 Рекурентний депресивний розлад

F34 Стійкі розлади настрою [афективні розлади]

F38 Інші розлади настрою [афективні]

F39 Розлад настрою [афективний] не уточнені

Біполярний - афективний розлад

Біполярний - афективний розлад (БАР) – ендогенне психічне захворювання, що характеризується повторними афективними станами: маніакальними (або гіпоманіакальними) та депресивними (або субдепресивними), з майже повним одужанням у період між епізодами.

Епідеміологія

Співвідношення чоловіків та жінок, хворих на БАР, приблизно однакове. При цьому I тип відносно частіше зустрічається у чоловіків, а II тип та так

звані швидкі цикли – у жінок. Поширеність БАР у загальній популяції дуже варіює, однак поширеність складає від 0,3% до 1,5%; поширеність протягом року складає 0,3 – 0,8%. Якщо говорити про психіатричний стаціонар, то серед загальної кількості пацієнтів, хворі на БАР становлять у середньому від 2 до 6%.

Біполярний розлад може розвинутися уперше у віці від 15 до 50 та більше років. Найчастіше, пік захворювання випадає на 21 рік. Частота епізодів, характер ремісій і загострень досить різні, проте з віком тривалість ремісій зменшується, а депресії стають частішими та тривалішими, здебільшого в похилому віці.

Перебіг

БАР має хронічний перебіг та характеризується фазним плином з встановленими інтервалами між ними. Тривалість, тяжкість фаз і частота рецидивування є індивідуальною особливістю кожного пацієнта. В цілому, всі варіанти перебігу БАР можна розділити на *епізодичні і нестабільні*.

Для епізодичного перебігу захворювання характерні: стабільність в період між нападами, відсутність змішаних станів, невисока частота епізодів, гарне відновлення і низький рівень ускладнень. Нестабільний перебіг - нестабільність в період між нападами, наявність змішаних станів, висока частота епізодів, неповне відновлення, високий рівень ускладнень, ранній початок хвороби і обтяжена спадковість.

Виділяють наступні клінічні варіанти перебігу БАР:

- ✓ Альтернуючий перебіг – характеризується настанням стабільного періоду після чергової афективної фази. Афективні фази, як правило, розвиваються аутохтонно та мають тенденцію до спонтанного закінчення. Інтермісія, що формується слідом за завершенням фази, характеризується стабільним настроєм, появою критики до перенесеного хворобливого епізоду. Соціальна дезадаптація хворих

визначається перш за все частотою загострень, їх тривалістю і ступенем тяжкості.

- ✓ Континуальний перебіг – відсутність інтермісій, безперервна зміна фаз. Можливий перехід альтернуючого перебігу у континуальний при спонтанному погіршенні перебігу хвороби або при призначенні неправильної фармакотерапії. Навіть при такому несприятливому розвитку захворювання іноді можливо становлення досить тривалих стабільних періодів.
- ✓ Швидкоциклічний перебіг – один з найбільш несприятливих варіантів перебігу захворювання, визначається розвитком не менше 4 афективних фаз протягом одного року.
- ✓ Ультрешвидкі цикли – розвиток 4 або більше афективних фаз протягом одного місяця.
 - Ультра-ультрешвидкі цикли, що виникають протягом одного дня, які практично неможливо відрізнити від персистуючого, вкрай нестійкого змішаного афективного стану.

При всіх варіантах БАР в його структурі переважають депресивні фази; 53% всієї тривалості захворювання пацієнт проживає без симптомів, 32% становить депресія, 9% - манія (гіпоманія), 6% - змішаний стан.

Дебют. У більшості випадків БАР дебютує депресивним епізодом: у 47% пацієнтів БАР починається депресивним епізодом, у 26% - маніакальним / гіпоманіакальним, у 11% - коливаннями настрою, у 8% - дратівливістю / гнівливістю, у 8% - маячними / паранояльними проявами. Маніакальні епізоди розвиваються протягом годин або днів, рідше протягом декількох тижнів; на початкових етапах розладів в більшій мірі, ніж на віддалених помітна роль психосоціальних пускових факторів. До призначення медикаментів маніакальний епізод триває в середньому 3 - 4 місяці, депресія – близько року. При лікуванні тривалість виходу з фази при монополярній

манії в півтора рази коротше, ніж при монополярній депресії та в 3 рази коротше, ніж при змішаних і альтернуючих епізодах.

При лікуванні депресивний епізод триває близько 4 - 6 місяців, скасування антидепресантів до закінчення цього терміну зазвичай викликає повернення симптомів. У кожного п'ятого хворого депресія затягується приблизно до 2 років.

По мірі прогресування захворювання фази стають частішими, тривалість проміжку між ними через 5 - 6 епізодів встановлюється в 6 - 9 місяців. В подальшому вони мають тенденцією до зменшення, так що в середньому за всю тривалість життя взагалі 7 - 9 фаз.

Етіологія та патогенез

Біполярний розлад вважається захворюванням із високим генетичним «вкладом», який все одно не перевищує роль осередкового впливу. БАР безумовно вважається полігенним захворюванням, нараховують не менш 16 генів-кандидатів, що пов'язані із порушенням функцій стосовно розвитку афективних патологій. Встановлено, що конкордатність у монозиготних близнюків сягає близько 67%, а у дізиготних – 23%.

Нейротрансмітери, в першу чергу норадреналін, дофамін, серотонін, також мають значення у розвитку БАР. Їхня роль та взаємовплив вивчаються у численних наукових роботах, що стосується механізму дії антидепресантів. Саме біохімічним субстратом є нейрохімічні зміни в системі моноамінів (катехоламінів й індоламінів), на чому й ґрунтується сьогоденна тактика лікування таких хворих. Завдяки сучасним дослідженням ролі опіюїдних пептидів доведена участь бета-ендорфіну і лей-енкефаліну в генезі зазначеної форми психозу.

Одними з найбільш переконливих біологічних маркерів депресії є порушення архітектури сну. Крім звичайних клінічних ознак порушення сну виявлено скорочення часу від настання сну до появи швидких рухів очних

яблук (REM-фази). Це зустрічається у 2/3 депресивних хворих зі збільшенням тривалості першої REM-фази, підвищенням частоти рухів очних яблук (щільності REM-фази), переміщенням частоти REM-фаз на початковий період сну. Висловлюються припущення, що ці знахідки пов'язані з частковою або повною десинхронізацією біоритмів організму (що регулюють температуру тіла, секрецію кортизолу, характеристики REM-сну і пов'язану зі сном нейроендокринну активність) між собою і з ритмом сну-неспанья.

КТ-дослідження виявляють у 15 - 25% афективних хворих розширення шлуночків – у трохи меншого числа, ніж при шизофренії. У 17% хворих відзначається сплющення борозн, що свідчить про зниження коркової маси. Нейроморфологічні дослідження виявляють нечітко виражену тенденцію до зв'язку лівосторонніх органічних локальних дефектів лобової і скроневої часток з депресіями і правобічних – з маніями. У випадках розвитку маніакальної фази після церебральної травми виявляється підвищена спадкова

обтяженість афективної патологією, що дозволяє розглядати травму як пусковий фактор на тлі виявленої на КТ обмеженою атрофії передніх лімбічних відділів. Позитронно - емісійна томографія свідчить про зниження мозкового кровопостачання при депресії, особливо базальних гангліїв. В цілому, лімбічна система, що відіграє важливу роль в генеруванні емоцій, залучена в патогенез афективних розладів. Причому розлади сну, апетиту і сексуальної поведінки вказують на участь гіпоталамуса, а зниження психомоторики і когнітивної діяльності при депресії – на залученість базальних гангліїв.

Конституційно - типологічні чинники також мають значення у розвитку даної патології. Серед хворих на БАР переважають особи із пікнічною будовою тіла. Також значну роль відіграють преморбідні риси особливості, а саме циклоїдні, гіпер- чи гіпотимні типи особистостей.

Цікавою є концепція «кіндлінга» (з англ. kindling – запалювання), що передбачує роль нейрональних ушкоджень та тригерних механізмів розвитку БАР. Можливими причинами може бути дія стимуляторів та інших психоактивних речовин, різкі фізіологічні зрушення, стресові фактори.

Слід також звернути увагу на те, що при БАР накопичуються нейровізуалізаційні та нейроморфологічні свідчення метаболічних та структурних змін у деяких ділянках головного мозку (гліальні тканини передніх лобових долей, гіпокамп), хоча ці зміни не є специфічними.

Що стосується саме депресивних епізодів: вдалося встановити, що втрата батька у віці до 11 років є одним із предикторів ймовірної появи депресивного епізоду в подальшому; з депресією корелює також втрата чоловіка перед захворюванням. Депресивні хворі мають достовірно більше психотравм (переважає втрата близьких) протягом 6 місяців, що передують епізоду, ніж населення в цілому. З іншого боку, підраховано, що депресії приблизно в 10% супроводжують розставання або смерть близьких. Проте роль психотравм в етіопатогенезі залишається не цілком зрозумілою. Невідоме також значення преморбідних особистісних особливостей, хоча деякі типи особистості - емоційно-нестійкий, тривожний, істероїдний - більш вразливі до депресії в порівнянні з іншими (ананкастним, шизоїдним, параноїдним). Можливо, це обумовлюється відмінностями в переважно використовуваних механізмах психологічного захисту.

Класифікація

У американському діагностичному та статистичному посібнику психічних розладів DSM-V виділяють два підтипи БАР, які відрізняються різною виразністю маніакальною симптоматики. БАР I типу полягає в зміні депресивних і маніакальних (змішаних) епізодів, а при БАР II типу депресивні епізоди змінюються епізодами легкої манії (гіпоманії).

Біполярний афективний розлад II типу – самостійне захворювання з вкрай низькою ймовірністю трансформації в біполярний афективний розлад I типу. Ці варіанти діагнозу БАР видаються важливими з точки зору підбору диференційованої терапії, оскільки є переконливі дані, що показують розходження в терапевтичній ефективності препаратів при різних варіантах перебігу захворювання. В Україні діагноз БАР-II зараз не ставиться, бо у МКБ-10 немає критеріїв діагностики БАР II типу, але постановка цього діагнозу можлива в рубриці F 31.8 «Інші біполярні розлади».

Слід знати наступні клінічні особливості перебігу БАР II:

- висока частота епізодів, особливо депресії;
- високий ризик суїцидальної поведінки;
- лабільність настрою;
- гіпоманіакальні епізоди в анамнезі або циклотимія протягом життя;
- високий показник коморбідності (тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами);
- «бурхлива» біографія;
- підвищений ризик БАР II або розлади настрою серед родичів

Клінічна картина



Основними проявами БАР є депресивний і маніакальний синдроми (стани).

Але, слід бути уважними, тому що як маніакальні, так і депресивні та змішані синдроми та симптомокомплекси не є виключною приналежністю БАР. Наприклад, маніакальні та гіпоманіакальні стани нерідко провокуються стероїдами та психостимуляторами, а депресії та субдепресії часто є складовою розладів шизофренічного спектру та багатьох інших психіатричних захворювань. Для того, щоб вміти правильно диференціювати біполярно-афективний розлад від інших захворювань, пропонуємо ознайомитися із клінічними проявами хвороби.

Маніакальний стан (синдром) характеризується маніакальною тріадою:

- Гіпертимія (більше двох тижнів);
- Підвищення рухової активності;
- Прискорення ідеаторного мислення.

Та включає в себе такі прояви:



- емоційні: усі види гіпертимії, від легкого піднесеного настрою до нестримної та неадекватної веселості; можливий розвиток ейфорії (гіпертимія із благодунним відтінком);

пацієнти відчувають немовби окриленість, всемогутність, що досягають рівня екзальтації, але можливі акти агресії, антисоціальних та кримінальних дій;

- рухові: загальне підвищення рухової активності, хворі відчувають себе бадьорими, невтомними, мають «приплив фізичних і душевних сил». Однак, при наростанні маніакальних проявів більш явними стають порушення координації, поривчастість, дії та окремі рухи

становляться не завершеними. Крайньою формою рухового збудження є *шалена манія* (*mania furibunda*);

- конативні (мотиваційно-вольові): розвиток гіпербулії – хворі беруться за все одразу, намагаються зробити багато справ, проте жодної не доводять до кінця. Таким чином, мотивація стає спонтанною та неузгодженою, дезорганізує поведінку та робить її непослідовною. Хворі схильні до екстравагантних дій: марнотратства, придбання не потрібних товарів, роздають гроші та подарунки. Збільшується й сексуальний потяг – пацієнти вступають у безладні сексуальні зв'язки. Щодо змін апетиту: у хворого може бути, як повна відраза до їжі із подальшим схудненням, так і його підвищення;
- когнітивні: порушується концентрація уваги, часте її переключення. Мислення зазвичай прискорене, набуває характеру непослідовного, втрачає чітке спрямування, аж до «стрибання ідей», судження та оцінки набувають поверховості. Мова людини також прискорена, може ставати безладною, містить мовні стереотипії. Спостерігають загострення пам'яті (гіпермнезія) з переважним посиленням її репродуктивної функції. Порушення критики до власного стану – пацієнти відчують себе піднесеними та повними сил;
- сенсорні: хоч сприйняття навколишнього у таких пацієнтів не змінено, однак можливий розвиток гіперстезії – хворі стверджують про покращення їх зору, слуху, нюху.

Окремо слід розібрати розлади мислення у пацієнтів з манією та розвиток психотичних розладів. Ідеаторні когнітивні порушення при манії мають «оптимістично-експансивний» напрям. Підвищується самооцінка: хворі переоцінюють власні здібності; через загальну оптимістичну оцінку актуальних обставин можуть взяти на себе незвичну роль, незважаючи на відсутність необхідних навичок та здібностей. Пацієнти надмірно балакучі,

часто починають хизуватися перед оточуючими, надмірно прикрашаючи обставини свого життя та становища, аж до розвитку маячення. *За змістом* це може бути: маячення шляхетного походження, ідеї винаходження, особливої місії, мегаломанії – однак у висловлюваннях пацієнтів є чимало нестійких тверджень, від яких хворі можуть відмовитися, якщо їх переконати. Навіть у випадку маніакальної парафренії свідомість й особистість хворих не охоплені маячними ідеями фантастичного змісту. У певних випадках можливі розлади сприйняття. Галюцинації та маячення можуть бути конгруентними або неконгруентними настрою.

Гіпоманія відрізняється від манії меншою тривалістю та вираженістю симптоматики.

Наразі пропонуємо ознайомитися із критеріями гіпоманії, що наведені у МКБ-10:

- Підвищений або дратівливий настрій, яке є явно аномальним для даного індивідуума і зберігається щонайменше 4 дні поспіль;
- Повинні бути представлені мінімум три симптоми з числа наступних, що позначається на особистісному функціонуванні в повсякденному житті:
 - ✓ підвищена жвавість чи фізичне занепокоєння;
 - ✓ підвищена балакучість;
 - ✓ труднощі в зосередженні уваги або відволікання;
 - ✓ знижена потреба у сні;
 - ✓ підвищення сексуальної енергії;
 - ✓ невеликі гулянки або інші типи безрозсудної або безвідповідальної поведінки;
 - ✓ підвищена товарицькість або фамільярність.
- Розлад не відповідає критеріям манії, депресивного епізоду, циклотимії, або нервової анорексії.

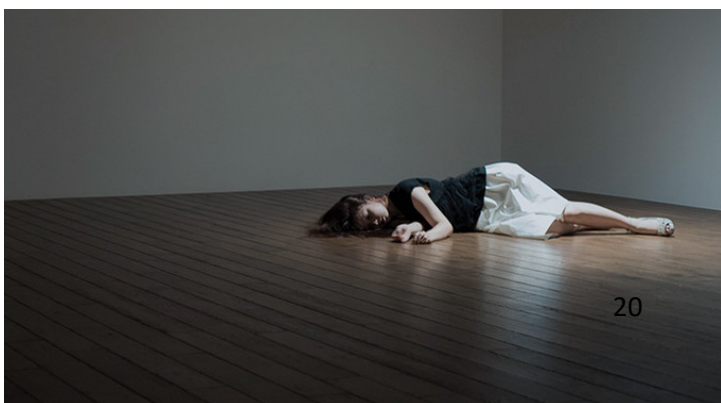
Атипові форми манії – непродуктивна та сплутана. Непродуктивна манія – поєднання підвищеного настрою і рухового збудження, з відсутністю прагнення до діяльності, бідністю мислення, одноманітністю і непродуктивністю висловлювань. Сплутана манія – це стан, за якого дуже прискорюються процеси мислення, що призводить до сплутаності та уривчастості думок. Значно виражене ідеаторне збудження. Мова стає безладною, не встигає за асоціаціями. Хворі все помічають, навіть дрібниці, коментують, роблять зауваження, всьому дають оцінку. Створюють навколо себе атмосферу веселощів, а подеколи – й напруги. За значної збудливості стають нетактовними, а інколи брутальними й цинічними.

Також розрізняють такий стан як *гнівлива манія* – на тлі підвищеного



настрою чітко виражені або виступають на перший план: дратівливість, вогненна запальність, гнівливість, в ряді випадків – агресивність.

Депресивний стан (синдром) розвивається значно частіше, ніж маніакальний та характеризується наступною тріадою:



- зниження до патологічного рівня настрою (більше двох тижнів);
- зниження рухової активності;

- ідеаторна загальмованість.

Критерії діагностики депресії (депресивного епізоду) в МКБ-10:

- Принаймні дві з трьох основних ознак:
 - знижений настрій;
 - втрата інтересів і здатності отримувати задоволення;
 - підвищена стомлюваність.

- Плюс як мінімум два з додаткових ознак:
 - знижена здатність до зосередження і уваги;
 - знижені самооцінка і почуття впевненості в собі;
 - ідеї винності і приниження;
 - похмура і песимістичне бачення майбутнього;
 - ідеї або дії, спрямовані на самоушкодження або суїцид;
 - порушений сон;
 - знижений апетит.

- Мінімальна тривалість всього епізоду - 2 тижні.

Класифікація

Виділяють легкий, помірний та тяжкий депресивний епізод.

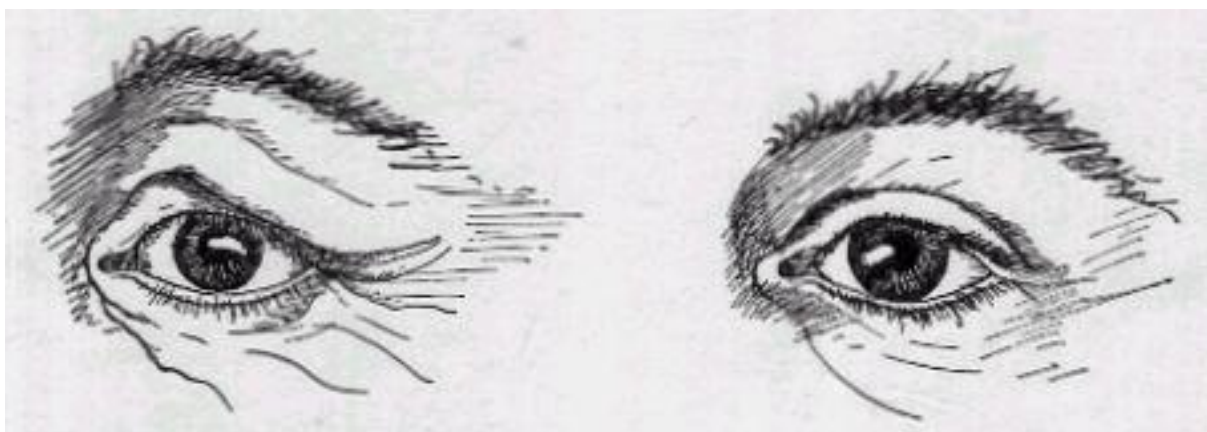
Легкий депресивний епізод відображує суб'єктивні порушення без наявності зовнішніх та поведінкових ознак. Характеризується незначним зниженням настрою, відчуттям смутку, нудьги, похмурості, пригнічення, тривоги, а в деяких випадках може проявлятися ослабленням емоційності: втратою здатності радіти, веселитися, отримувати задоволення. Хворі скаржаться на відчуття слабкості, млявості, зниження загального тону, падіння самооцінки та загальне невдоволення собою. Однак, людина може виконувати звичайний обсяг роботи та вступати в контакт з оточуючими

людьми. Соматична симптоматика проявляється у вигляді розладів сну та апетиту, головним болем, зниженням статевого потягу та розладами травлення.

Зазвичай легкий депресивний епізод пояснюється пацієнтами та їхніми близькими, як напад «лінощів», відсутністю відповідальності та волі, що ще більш пригнічує самооцінку хворого та загострює відчуття самотності.

Помірний депресивний епізод характеризується більш вираженими клінічними проявами та посиленням афективної симптоматики, що полегшує діагностику стану пацієнта. Про тяжкий емоційний стан пацієнта будуть також свідчити його зовнішній вигляд, висловлювання та поведінка.

Класична зовнішність депресивного хворого: згорбленість, опущена голова, відсутність спонтанних рухів, в ліжку – ембріональна поза. Обличчя пацієнта буде сумним та гіпомімічним. Погляд згаслий, іноді зустрічається характерні для депресії симптоми – складка Верагута (опущення та вигнута догори верхня повіка) та депресивна "омега" (складка між бровами у вигляді грецької букви "омега").



У таких хворих вже є ідеаторна загальмованість – мислення уповільнюється, асоціації збіднюються, погіршуються процеси запам'ятовування. У ході опитування: мовний обсяг знижений, відповіді односкладові, із затримкою, зміст їх збіднений або відзначається тенденція до докладності, голос тихий та монотонний. Усі висловлювання песимістично забарвлені, пацієнти часто

скаржаться на нездатність плакати – симптом, який проходить у міру поліпшення стану. Моторна загальмованість проявляється у малоактивності та сповільненості рухів пацієнта, зниження рухового та життєвого тону.

Пацієнти скаржаться на різноманітні порушення сну, вони проявляються в порушенні засипання, переривчастому сні з важкими думками при пробудженні, дезорганізації ритму сну / неспання. Добові коливання настрою представлені не менш, ніж у половини хворих, частіше посилення депресії відбувається в ранкові години з пом'якшенням її до вечора, в більш важких випадках – навпаки. У деяких випадках, однак, спостерігається підвищення апетиту і гіперсомнія.

Тяжкий депресивний епізод може супроводжуватися психотичною симптоматикою та характеризується фізичними проявами депресії та глибокою тугою. Соматичні прояви описуються симпатикотонічною *тріадою В.П. Протопова*:

- розширення зіниць (мідріаз),
- тахікардія;
- спастичні закрепи;

Нерідко відмічаються депресивні головні болі, спазми внутрішніх органів, порушення периферичного кровообігу, почастищення пульсу, коливання артеріального кров'яного тиску в бік його підвищення, сухість шкіри і слизових, падіння маси тіла, аменорея, повна імпотенція. Дуже характерна і так звана "передсерцева туга" – почуття здавлювання та напруги в ділянці серця. Іноді з'являються труднощі сльозовиділення (туга з сухими очима). Кількість виділеної слини знижується з 0,07 (норма) до 0,005 мл/хв. Часто виникають численні сенестопатії у вигляді неприємних відчуттів у грудях, голові та інших частинах тіла. Хворому складно конкретизувати ці відчуття та їхню локалізацію. На тлі сенестопатій, погіршення загального



психічного стану можуть виникати іпохондричні розлади, при якому пацієнти вважають себе невиліковно хворими.

Мислення у таких хворих стає сповільненим, дуже спрощеним, хворі кажуть про відчуття "порожньої голови". Думати фізично важко, думки важкі, неповороткі – "не течуть, а тягнуться". Обсяг асоціацій звужується

до кола монотематичних думок депресивного змісту: самоприниження, самозвинувачення, гріховності. У міру прогресування хвороби ці ідеї з надцінних трансформуються у маячні. Також порушується увага, запам'ятовування інформації та відтворення минулих подій.

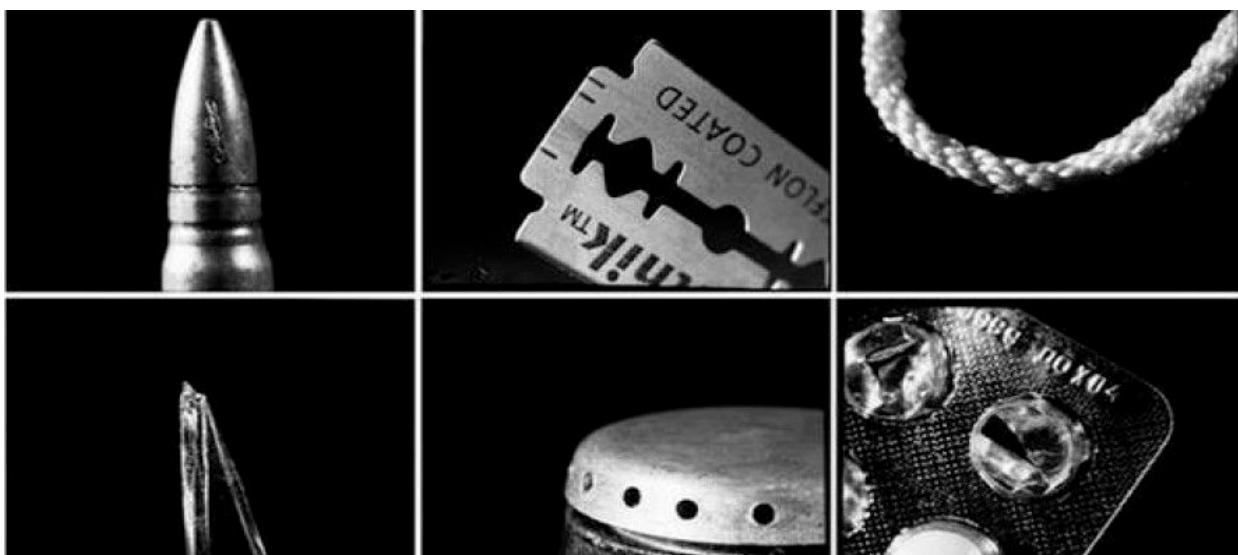
Емоційний стан: навколишній світ сприймається знебарвленим, сірим, одноманітним. Можливий розвиток *алекситимії* (психологічний стан, коли особистість не здатна оцінювати і описувати власні емоції). Змінюється також суб'єктивна тривалість часу: він минає вкрай повільно, тому день здається занадто довгим.

Зовнішній вигляд пацієнта відразу відображує тяжкість його психічного стану: обличчя маскоподібне, із застиглим виразом страждання, погляд тужливий, у деяких випадках застиглий. Поза одноманітна, практично не змінюється, голова й руки опущені. Хворі пересуваються повільно підіймаючи ноги. Зниження рухової активності може сягати ступеня депресивного ступору коли хворі нерухомо лежать чи сидять з опущеною головою, занурені у власні тяжкі думки. Іноді рухова загальмованість змінюється нападом рухового збудження, вибухом туги (меланхолічний раптус). Пацієнт виявляє виражену аутоагресію: б'ється головою об стіну,

дряпає собі обличчя, ламає пальці, намагається викинутися у вікно або "пірнає" в стіну.

Для важкого перебігу депресії характерні труднощі в засипанні, поверховість сну, надчуйність і наявність тривожних сновидінь похмуро-запугливого характеру. Досить типовий і так званий феномен "раннього пробудження", коли хворий прокидається о другій-третій годині ночі і більш не може заснути. В цілому в основі порушень формули сну лежить не тільки дисгармонія між фазами повільного і швидкого сну, але і порушення чергування окремих складових повільного сну. Їжа втрачає смак, пригнічується нюхові відчуття. Апетит порушується аж до анорексії, внаслідок чого пацієнти помітно худнуть, в них знижується тургор та еластичність шкіри. Повністю зникає статевий потяг.

У випадку психотичної форми важкого депресивного епізоду можливий розвиток слухового чи нюхового галюцинозу. «Голоси» мають, як правило, звинувачувальний або образливий характер, хворий відчуває «запах» зіпсованого м'яса чи бруду.



Небезпечність важкого перебігу депресивного стану полягає у тому, що ризик суїциду у таких пацієнтів в 30 разів більше, ніж у населення в цілому. Приблизно 2/3 хворих думають про самогубство і 10 - 15% здійснюють

спробу самогубства, іноді – імпульсивну (raptus melancholicus). Останнє характерно для важких станів, хоча при цьому зазвичай у хворих бракує мотивації та енергії для здійснення самогубства; більш суїцидонебезпечними вони стають на виході з депресії («парадоксальний суїцид»). Найбільш небезпечними є перші 5 років перебігу афективного розладу.

Диференційна діагностика депресії при біполярному та уніполярному депресивних розладах.

Слід зауважити, що структурні особливості депресивного синдрому при біполярному та уніполярному депресивних розладах мають відмінності, переважно під час перших фаз. При біполярному розладі відносно швидко виявляються ознаки загальмованості, особливо рухливої, а при уніполярній депресії – спочатку більш виразні прояви тривожності та збудження. Однак, після ряду повторювальних фаз ці відмінності стираються та загальмованість домінує при обох видах афективного розладу. На висоті розвитку депресії тужлива загальмованість може прориватися тривожно - тужливими раптусами. Крім того, навіть при гострому дебюті біполярного розладу хворобливому епізоду передують не завжди помітний психовегетативний продром та емоційна лабільність, що схожа з продромом депресії в рамках уніполярного перебігу. Конативні, когнітивні порушення не мають принципових відмінностей, а при повторювальних фазах практично ідентичні.

Строгих порівнювальних досліджень або інших переконуючих даних на користь суттєвих структурних відмінностей депресивних синдромів при біполярному розладі та повторювальних фазах рекурентних депресій до сьогодні у літературі не представлені. Безумовним фактом є лише відносне домінування, більша виразність маніакальних розладів, в порівнянні з депресивними, особливо при маніфестації захворювання з маніакальних епізодів.

Змішаний стан

БАР не завжди перебігає за типом депресія-манія, іноді можливий розвиток змішаних станів. Цей стан може виникати при переході однієї фази в іншу, проте може бути і самостійним явищем.

Змішаний афективний епізод має одночасним співіснуванням гіпоманіакальних/маніакальних і депресивних симптомів, які тривають не менше 2 тижнів, або їх швидким (протягом декількох годин) чергуванням.

Варіантів змішаного стану існує багато: наприклад, раптовий прилив бадьорості і веселості під час депресивного епізоду, а потім повертання хворого назад до стану депресії, або навпаки різке погіршення настрою і зниження активності під час маніакального епізоду.

У разі одночасного існування маніакальних і депресивних симптомів відбувається заміщення симптомів одного полюса на симптоми іншого полюса. Виникають – загальмована манія, гіперактивна депресія.

Прогноз

Прогноз при БАР сприятливий, оскільки після редукції психопатологічної симптоматики майже повністю відновлюється психічні функції та соціальне функціонування пацієнтів.

Погіршення прогнозу можливе при тривалому перебігу епізодів,



скороченні інтермісій, у випадках континуального перебігу психотичних епізодів та за наявності високого ризику суїциду.

Циклотимія

Циклотимією називають таку форму БАР, за якої

ослаблена афективна симптоматика (гіпоманіакальна та субдепресивна), не досягає психотичного рівня.

Такі вчені як E.Kraepelin, E.Kretschmer, П.Ганнушкін, К.Леонгард вважали циклотимію конституціонально зумовленим типом особистості. Циклотимний темперамент належав переважно особам з пікнітичною тілобудовою, що мали схильність до значних змін настрою аж до розвитку психотичних форм біполярного - афективного розладу.

Етіологія

Спадково - генетична природа циклотимії є вирішальною, хоч в патогенезі захворювання можуть проявлятися середовищний вплив та провокуючі фактори.

Розповсюдженість

Розповсюдженість циклотимії в залежності від критеріїв становить 3-6% у загальній популяції. Помірно виразні коливання самопочуття та активності рідко вважають хворобливими та не реєструються не тільки офіційною статистикою, але й епідеміологічними дослідженнями.

Дебют захворювання переважно у підлітковому (необхідна диференціація із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності) та в ранньому юначому віці.

Перебіг

Циклотимія може бути хвилеподібною з більш менш рівномірними змінами (зростанням або зниженням) виразності переважно субклінічних біполярних фазових коливань, здвоєною (субдепресія та гіпоманія), або частіше за все, розподіленою інтервалами. Тривалість фаз значно менше, ніж при БАР (2 - 6 днів), зміни станів нерегулярні, часто раптові; пацієнти болісно сприймають неможливість контролю свого емоційного статусу. У важких випадках нормотимічні проміжки відсутні і епізоди поділяються періодами змішаних станів з дратівливістю. У 50 - 60% хворих епізоди

альтернуючі, у 25 - 30% відзначаються тільки депресії, у 10% тільки гіпоманіакальні фази і у 15% - змішані. Якщо підйоми та спади загальної активності, самопочуття, настрою, пов'язані із сезонами, то виділяють сезонні депресії – зимово-весінні та осінні.

Циклотимія може спостерігатися впродовж усього життя з періодами стабільного настрою, протягом багатьох місяців, остаточно припинитися або трансформуватися до типових проявів БАР. Необхідність звертання за медичною допомогою виникає лиш при виразності чергового «спаду», що посилюється несприятливими впливами, соматизацією власно депресії або співпадінням з загостренням (виявленням) якоїсь соматичної патології.

Соціальна дезадаптація багато в чому визначається якістю і тривалістю гіпоманіакальних станів, здатністю хворих компенсувати симптоматику. У більшості хворих пристосовність до повсякденного життя знижена, чому особливо сприяє дратівливість при змішаних станах, що відмічається майже у всіх хворих. У 5 - 10% випадків розвивається наркотична залежність, в анамнезі часта зміна місць проживання, залучення в релігійні і окультні субкультури.

Клінічна картина

Уявляє собою досить гармонічні, ледве помітні виразні поєднання «підйомів» та «спадів» у всіх сферах психічної та фізичної активності. Помірно підвищеному настрою відповідає підйом працездатності, оживлення інтересів, загальна інтенсивність та відчуття повного здоров'я.

Субдепресії та легкі депресії зазвичай також мають гармонічну структуру. Легкі спади настрою та активності частіше всього піддаються добовим коливанням, хоч і не стільки виразні, як при стійких депресіях. Соматизація депресивного афекту у вигляді дисфункції різних органів та систем, з відчуттям незрозумілого нездужання є частим компонентом циклотимічних депресій. Зниження мотивації до щоденної діяльності,

обмеження інтересів нерідко трактуються хворими, як «звичайні лінощі». Оформлені ідеї провини дуже рідкісні. Звична психічна та фізична продуктивність не обов'язково знижується, але вимагає вольових зусиль.

Диференціальний діагноз

Діагностику циклотимії часто ускладнює соціопатична поведінка під час гіпоманіакальних або змішаних станів (алкоголізація, конфліктність, дезорганізація навчального або виробничого процесу), що викликає схожість з випадками розладів особистості гіпертимного, нестійкого та істероїдного типів. Циклотимія може виявити тут свою природу позитивною реакцією на терапію літєм. При дитячих гіперкінезах з порушенням активності уваги стимулятори зменшують симптоматику, тоді як у зовнішньо подібних випадках циклотимії вони, навпаки, погіршують її.

Лікування

Частіше всього лікування пацієнтів із циклотимією відбувається амбулаторно, за умови досягнення комплайенсу між лікарем та пацієнтом, згоди хворого виконувати всі лікарські призначення. Стаціонарні умови показані для пацієнтів, що не виконують або порушують режим лікування, а також у разі необхідності проведення активних терапевтичних дій. В іншому, за сучасними рекомендаціями, циклотимія лікується амбулаторно і тривалий час (не менше 6 місяців).

Психотерапія. Основне завдання психотерапії при циклотимії полягає в повному інформуванні пацієнта про стан його здоров'я, про необхідність лікування, незважаючи на удаване благополуччя, про несприятливі наслідки в разі відмови або при порушенні терапевтичного режиму. У періоди зниженого настрою, коли переважають симптоми депресії, психотерапія спрямована на підтримку пацієнта, на навчання боротьби з негативними думками, профілактику суїцидів. Частіше всього використовується метод індивідуальної психотерапії – робота психотерапевта і хворого полягає в

заміні деструктивних моделей поведінки в обох періодах на більш ефективні. Одночасно підбирається оптимальна поведінка для продовження періоду рівного емоційного фону. З іншого боку, докладне пояснення (раціоналізація) поведінки пацієнта, в залежності від переважної фази, дозволяє останньому усвідомлено керувати своєю поведінкою.

Медикаментозна терапія. Хоча циклотимія і має сприятливий перебіг, одночасно з психотерапією починається і лікарська терапія. Остання включає призначення антидепресантів, які відіграють основну роль в лікуванні депресивних епізодів. Правильний і постійний прийом лікарських засобів з цієї групи є запорукою швидкого одужання. Додатково до антидепресантів призначаються транквілізатори, ноотропні засоби. У лікуванні епізодів гіпоманії застосовуються препарати літію, протисудомні препарати, деколи нейролептики.

Дистимія



Дистимія (з давньогрецької «δυσθυμία» - смуток, пригніченість) – хронічний депресивний настрій, що не досягає ступеня легкого, помірного чи важкого епізоду рекурентної депресії. Це робить невизначеним положення дистимії серед інших афективних розладів. Поряд з нерозгорнутою та дисгармонійною структурою депресивного синдрому, недостатньою клінічною оформленістю власно депресивної симптоматики уявляється доцільним виділити ряд суттєвих не тільки для постановки діагнозу, але й

для прогнозу терапії ознак, що диференціюють дистимічні розлади та типові депресії.

Структура дистимії, в більшій мірі, визначається астеничною симптоматикою, ніж власне афективною. Гіпотимія, переважно не диференційована, коливається за виразністю. Вегетативні порушення, переважно змішані або непостійні, відображують дисбаланс симпатико - та ваготонії. Виразні когнітивні розлади відсутні, хоча й вольовий потенціал пацієнта знижується; довільний контроль діяльності у цілому утруднений; хворому важко підтримувати вольове зусилля. Когнітивні функції помітно не страждають, хоча астенична симптоматика відображується на продуктивності діяльності. В деяких випадках дистимія може призводити до втрати працездатності.

Дистимія найчастіше починається в молодому віці, хоча початок може бути в середньому та інволюційному періоді. Іноді хворий на дистимію отримує правильний діагноз лише через багато років після початку захворювання. Якщо дистимія починається вже в дитинстві, хворий вважає, що депресивні симптоми є рисою його характеру, і він не говорить про ці симптоми лікарям, близьким людям і друзям.

Згідно з МКБ-10 виділяють наступні критерії діагнозу «дистимія»:

- А) постійна або рекурентна депресія на протязі не менше 2 років; періоди нормального настрою тривають рідше, ніж кілька тижнів, а в проміжках гіпоманіакальні епізоди відсутні;
- В) депресивні епізоди зовсім або за рідкісним винятком не відповідають критеріям рекурентного депресивного розладу легкого ступеня;
- С) принаймні при деяких періодах депресії стан характеризується трьома і більше з таких ознак:

- ✓ зниження енергії і активності;
- ✓ безсоння;
- ✓ втрата впевненості в собі або почуття неповноцінності;
- ✓ складність в концентрації;
- ✓ сльозливість;
- ✓ втрата інтересу або задоволення від сексу і інших приємних занять;
- ✓ відчуття безнадійності і відчаю;
- ✓ відчуття нездатності впоратися з рутинними вимогами повсякденного життя;
- ✓ песимістичне сприйняття майбутнього або заглибленість в роздуми над минулим;
- ✓ соціальна самоізоляція;
- ✓ менша балакучість, ніж зазвичай.

Сезонні афективні розлади

Сезонний афективний розлад (САР) – окремий випадок рекурентного депресивного розладу, що виникає епізодично внаслідок нестачі сонячного світла і збільшення вироблення мелатоніну в осінньо-



зимовий період. У літній період при достатньому рівні природної інсоляції симптоми повністю пригнічуються.

Поширеність

Поширеність сезонних депресій, за матеріалами епідеміологічних досліджень, проведених в різних країнах, варіює в широких межах. У Північній Америці САР зустрічається з частотою 1,4-9,7%, в Європі - 1,3-3%, в Азії - 0,0-0,9%. Середній вік, в якому проявляється САР, - третє десятиліття життя, хоча існують широкі вікові коливання. Дійсно, є повідомлення про розвиток САР в дитинстві, а багато пацієнтів описують сезонний характер зміни настрою, який вперше проявився в підлітковий період. Жінки схильні до розладу вдвічі частіше, ніж чоловіки.

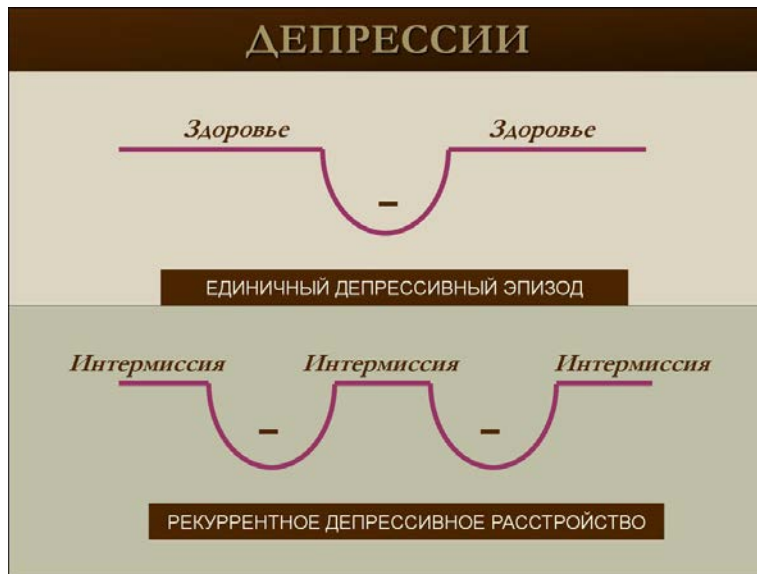
Клінічна картина

Сезонний афективний розлад характеризується наступними ознаками:

- депресії, регулярно з'являються в один і той же час в осінньо-зимовий період;
- гіперсомнія;
- переїдання і збільшення ваги;
- тривожність;
- зниження настрою;
- млявість;
- зниження працездатності;
- втрата інтересів;

Частина з цих ознак (тривога, почуття провини, апатія, млявість) є класичними депресивними проявами, однак мають місце і некласичні, характерні більше для атипової депресії симптоми – збільшення тривалості сну, тяга до вуглеводів, переїдання, які також можуть свідчити про порушення в роботі щитовидної залози.

Патогенез сезонних розладів пов'язаний з вищеописаними змінами секреції мелатоніну під впливом світла, обґрунтовує лікування таких розладів фототерапією. Також для лікування застосовуються антидепресанти, що впливають на секрецію мелатоніну (Мелітор).



Рекуррентний депресивний розлад

Рекуррентний депресивний розлад – розлад, що характеризується повторними епізодами депресій, без анамнестичних даних про окремі епізоди піднесеного

настрою, гіперактивності, які могли відповідати критеріям манії.

Неодноразово повторювальні, так звані рекуррентні депресії правомірно роздивлятися в одному ряду з депресивними фазами біполярного розладу. Як вже вказувалося, переконливих даних щодо принципіальних феноменологічних та загальних клінічних різновидів між ними не існує, а відомі тенденції зміни перебігу в напрямку біполярного розладу II типу окреслені вище. Разом з цим це створює певні труднощі у зборі епідеміологічних даних, що стосуються феноменологічно однотипних та близьких депресивних синдромів. Ці прояви включені в періодичний за своїм перебігом хворобливий процес, частина етапів якого можуть уявляти собою інші афективні синдроми (маніакальний\гіпоманіакальний або змішаний).

Епідеміологія

Рекуррентні депресії за розповсюдженістю у популяції займають провідне положення серед всіх інших психічних розладів: на протязі всього життя вони зустрічаються не менш ніж у 30% людей. Щорічна розповсюдженість депресій складає, за різними даними, від 2 до 11%

загальної популяції, сюди включаються й одноразові (первинні) депресивні епізоди, що відповідають критеріям «великого депресивного епізоду».

Етіологія та патогенез

Спадково-генетичні фактори грають важливу роль у розвитку захворювання, хоч вклад їх при різних варіантах афективних розладів – біполярному розладі I та II типу, уніполярних рекурентних депресіях – не однаковий.

При уніполярних рекурентних депресіях перші епізоди практично завжди мають зовнішню провокацію, частіше всього це психотравмуючі обставини, але з кожною повторювальною фазою аутохтонність виникнення та розвитку захворювання проявляється більш виразно.

При багаторазово повторюваних епізодах\депресивних фазах закономірності формування типової структури депресії з характерним комплексом емоційної пригніченості, психомоторної загальмованості та ідеаторних порушень частіше всього клішуються. У відносно сприятливих випадках, наприклад при профілактичних мірах, що послідовно проводяться, виразність всіх або окремих компонентах депресивного синдрому знижується. У несприятливих випадках амплітуда фаз підвищується, депресії поглиблюються за рахунок привхідних факторів (психотравмуючі події, тяжкі соматичні захворювання, екзогенні шкідливості). Однак, останні не змінюють стереотип перебігу хвороби, а лише привносять ті чи інші ознаки атипії.

Як при типовому біполярному розладі, у розвитку уніполярних рекурентних депресій більше значення надається порушенням функціональної активності чи балансу різних нейротрансмітерів, перш за все серотоніну та норадреналіну. Не виключається роль й інших нейромедіаторів, ендорфінів, кортикостероїдів, мелатоніну.

Нейрофізіологічні дослідження вказують на роль зміни циркадних ритмів у розвитку та перебігу депресій.

Перебіг

Вік початку, тяжкість, тривалість і частота епізодів депресії дуже різноманітні. В цілому, перший епізод виникає пізніше, ніж при біполярній депресії: в середньому в п'ятому десятилітті життя. Тривалість епізодів 3-12 місяців (середня тривалість - близько 6 місяців), але вони мають тенденцію до більш рідкісного повторення. Хоча одужання зазвичай повне в інтермісії, невелика частина хворих виявляють хронічну депресію, особливо в літньому віці. Окремі епізоди будь-якої тяжкості часто провокуються стресовою ситуацією і в багатьох культуральних умовах відзначаються в 2 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків.

Ризик, що у хворого з рекурентним депресивним епізодом не буде епізоду з манією, не може бути повністю виключений, незважаючи на депресивні стани в минулому. Якщо виникає епізод манії, діагноз повинен бути змінений на біполярний афективний розлад.

З терапевтичної точки зору, не менш істотним, ніж віднесення депресії до того чи іншого типу, вважається визначення загального **клінічного рівня вираженості депресивного синдрому**. Умовно можна виділити 3 рівні: астено - або неврозоподібний, вітальний і психотичний.

Помірно виражений (*астено- або неврозоподібний*) рівень депресії характеризується мінливістю симптоматики, можливістю компенсації в діяльності, гіперреактивністю, емоційною і вегетативною нестійкістю (з тенденцією переважання симпатикотонії), а в контексті ситуаційно-середовищних факторів - їх відносною значущістю.

Вітальний рівень депресії відрізняється виразністю вегетативно-соматичних проявів, зниженням фізичного тону, добовими коливаннями, утрудненням включення в будь-яку діяльність, придушенням вітальних потягів, гіпореактивністю.

Психотичний рівень депресії визначається депресивним маячноутворенням з типовим змістом марення (самозвинувачення, малоцінності, іпохондричних); втратою критики; песимістичним моноідеїзмом; можливими депресивними псевдокататонічними розладами - мутизмом, пасивним негативізмом, ступоом, меланхолійним або тривожно-депресивним раптусом.

Типологія депресій

Спираючись на викладені вище психопатологічні ознаки депресивного синдрому можуть бути зведені до декількох основних варіантів, що відображують простоту або складність основних проявів депресій.

1. Типові депресії:

- ✓ Тужливо-загальмовані;
- ✓ Тривожно-ажитовані;
- ✓ Тужливо-тривожні (поєднання психомоторної загальмованості та явищ ажитації);

2. Атипові депресії:

- ✓ Тужливо-дисфоричні;
- ✓ Астено-динамічні;
- ✓ Соматизовані.

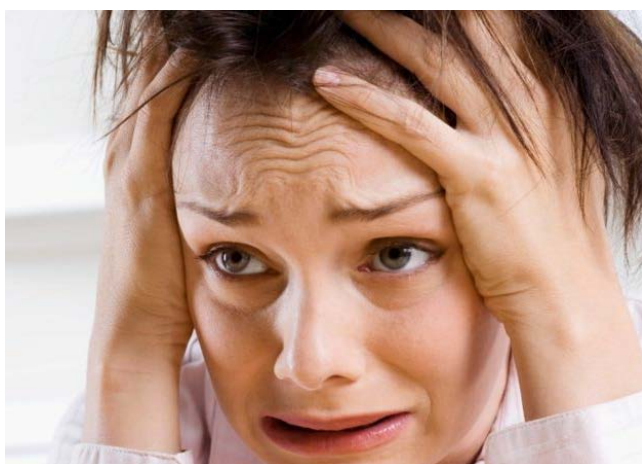
Список атипових депресій можна продовжувати у залежності від дисгармонії складових депресивного синдрому з особливими акцентами на додаткових симптомах – нав'язливостях, іпохондричних утвореннях, деперсоналізації.

Тужлива (класична, меланхолійна, вітальна) депресія є найбільш характерним клінічним варіантом депресивного синдрому де виражені всі компоненти депресивної тріади. При цьому характерно переживання туги (відчуття втрати, печалі, горя, траурне почуття). Тобто, психологічні переживання індивіда спрямовані в минуле (спогади про те, як раніше було добре – туга за минулим, яке вже не повернути), а майбутнє оцінюється як важке, гнітюче, безрадісне, неправильне, безвихідне і безперспективне.

Депресивна деперсоналізація у вигляді хворобливої *психічної анестезії*, за переважанням тужливого афекту, представлена зазвичай найповніше. Найтяжчими бувають переживання з приводу втрати природних почуттів до близьких. Пацієнти переживають емоційне зубожіння. Крім цього, знижується або втрачається емоційне ставлення до оточення, будь-якої діяльності, розваг. Пацієнти вкрай хворобливо реагують на нездатність співпереживати, радіти (*ангедонія*), скаржаться на втрату “вітальних емоцій”: відчуття, що відпочив після сну, відчуття голоду й спраги, статевого задоволення, приємної втоми після фізичного навантаження (“м’язові радощі”). Хвороблива психічна анестезія супроводжується також переживаннями з приводу зміни особистості, спустошення.

Під час тужливої депресії найчастіше виникають суїцидальні думки, що призводять до намірів скалічитися і самогубства. Вітальний характер переживань у хворих з вираженою тугою може стати причиною імпульсивних суїцидальних спроб. Поведінка такого пацієнта відрізняється замкненістю, малорухомістю, нездатністю виконувати звичну, навіть елементарну роботу. Переважають тривога, страх, внутрішнє хвилювання, напруга, болісний неспокій. Хворі висловлюють

побоювання з приводу благополуччя близьких. Ідеаторні розлади характеризуються прискореним і безладним мисленням з нестійкою увагою, яка концентрується на темах, що хвилюють. Хворі висловлюють сумніви, невпевненість щодо прийнятих рішень: думають про можливі неприємності; не можуть позбутися тяжких думок. Мова їх уривчаста, нерозбірлива, плутана.



Тривожна депресія характеризується наступними проявами:

- почуття тривоги, яке не має конкретної причини, і майже не залишає пацієнта протягом доби;
- підвищене занепокоєння, плаксивість, дратівливість, неадекватна тривожна реакція при будь-яких незапланованих подіях;
- знижений настрій, почуття безнадійності, постійне очікування чогось поганого, внутрішньої напруги, неможливість розслабитися;
- складності з концентрацією і утриманням уваги (важко зосередитися), погіршення пам'яті, зниження працездатності;
- безсоння, втома, слабкість, відчуття знаходження на «межі зриву»;
- поява нав'язливих страхів: страх збожеволіти, померти тощо;
- маса соматичних проявів та сенестопатій: тремтіння кінцівок, серцебиття, запаморочення, біль у різних частинах тіла, відчуття збоїв в роботі серця, нестачі повітря, утруднення дихання, здавлення в грудях, «ком» в горлі, часті позиви на сечовипускання, діарея, сексуальна дисфункція, відчуття печіння, горіння без чіткої локалізації;
- розлади сну (агрипінія), хворі погано засинають, часто прокидаються;
- апетит нерідко підвищується.

Тривожно-ажитована депресія проявляється зміною психомоторної загальмованості на руховий неспокій: хворий стереотипно ходить, плаче, стогне, заламує руки, голосить; погляд блукаючий, неспокійний, напружений, міміка мінлива.

До *тужливо-дисфоричних* депресії відносяться поєднання симптомів тужливої депресії із похмурым настроєм, з переважанням дратівливості,



злостивості, настороженості і почуттям невдоволення навколишнім оточенням, тобто розвитком дисфорії.

«Масковані» депресії (приховані, соматизовані,).

Назва маскованих депресій

обумовлена тим, що депресивна симптоматика ховається під «маскою» поліморфної клінічної картини виступаючих на перший план соматичних проявів – «депресивних еквівалентів». При маскованих депресіях класичні афективні компоненти депресії (знижений емоційний фон, апатія, відмова від контактів із зовнішнім світом) можуть бути дуже незначними або навіть зовсім відсутніми. Пацієнт, зазвичай, не усвідомлює депресивного розладу. Часто він переконаний в наявності у себе будь-якого рідкого і важко діагностованого соматичного захворювання.

Основними «базовими» симптомами маскованої депресії є:

1. безліч соматичних скарг сенесто-іпохондричного характеру, що не вкладаються в певну картину конкретного соматичного захворювання;
2. виражені тенденції до мінливості скарг при тривожної установці в їх описі;

3. нечітка депресивна симптоматика: зміна, погіршення настрою, почуття безнадійності у вигляді, відчуття безглуздя життя, песимізм щодо майбутнього;
4. періодичність, сезонність соматопсихічних розладів (частіше навесні або восени);
5. добові коливання настрою з поліпшенням стану у вечірній час, порушення сну;
6. схильність до «розумової жуйки»;
7. нерішучість, ангедонія, зниження професійних інтересів, погіршення контактування з людьми, зниження інтенсивних потягів (харчових, статевих);
8. немотивована тривога;
9. відсутність ефекту від соматотропної терапії, при позитивній реакції на антидепресанти.

За деякими даними від 1/3 до 2/3 всіх пацієнтів, що спостерігаються у лікарів соматичного профілю, а також у вузьких фахівців, мають депресію, масковану іпохондричну або соматизовану симптоматику.

Деколи прояви депресії перекриваються симптоматикою органних неврозів (кардіоневроз – синдром да Коста, синдром гіпервентиляції, роздратованої кишки). Серед функціональних порушень *серцево-судинної системи*, що маскують афективні розлади, найчастіше виступають кардіалгії (тиснучі, стискаючі, колючі болі), що досягають іноді значної



інтенсивності. При цьому ознак стенокардії (відчуття дискомфорту в області серця - посилене, прискорене серцебиття, перебої в роботі серця) не виявляється.

Ще частіше на перший план клінічної картини депресій висуваються функціональні порушення *шлунково-кишкового тракту* (синдром подразненого кишечника) – гіпомоторна дискінезія, закреп при відсутності позивів на дефекацію, стійкі абдоміналгії в проекції товстої кишки. Синдром подразненої кишки в третині (71%) випадків є складовою частиною соматовегетативного комплексу депресій (апатичні, іпохондричні депресії).

При переважанні розладів *автономної (вегетативної) нервової* в якості фасаду депресії виступають алгії (краніалгія, міалгії різної локалізації), гіперсомнія («сонлива депресія»). Виділяють аноректичний (ранкова нудота, відсутність апетиту, запори) варіант маскованих депресій. Однак, можливі і зворотні варіанти, коли в клінічній картині домінують гіперсомнія або підвищений апетит зі споживанням багатої вуглеводами їжі (крейвінг) і збільшенням маси тіла. Серед психопатологічних «масок» депресії найчастіше відзначаються тривожно - фобічні розлади: соціофобії, страх невиконання звичних дій, панічні атаки.

Поліморфність клінічної симптоматики маскованих депресій зводиться до п'яти узагальнених варіантів:

1. алгічно-сенестопатичні – проявляються хронічними болями (сенестопатії і сенесталгії), що можуть мати різну локалізацію. Варіанти: абдомінальний, кардіалгічний, цефалгічний;
2. гіпоталамічні – супроводжуються вегетативно-вісцеральними пароксизмами, вазомоторно-алергійним і псевдоастматичним станами

- на тлі соматичних та афективних розладів, що клінічно подібні до синдромів ураження гіпоталамуса;
3. обсесивно-фобічні – психопатологічний варіант маскованої депресії, поєднання невротичної та депресивної симптоматики.
 4. агрипнічні – безсоння, переривчастий сон з неприємними сновидіннями, раннє пробудження з утрудненим, що вимагає вольового зусилля, болісним підйомом.
 5. з симптомами залежності – проявляється симптоматичним пияцтвом (дипсоманія) або нехімічними видами залежності, що зумовлені періодичними афективними або сомато - вегетативними розладами, основним мотивом яких є бажання подолати внутрішній дискомфорт.

Незалежно від форми прихованої депресії обов'язковими її проявами є приховано рудиментарні афективні розлади, у формі субдепресії. Їх виявляють під час спрямованого опитування й уважного спостереження. Саме невиражений характер різноманітних сомато - вегетативних проявів депресії – вірогідний діагностичний критерій хвороби.

Вікові особливості депресивного розладу

Психопатологічні симптоми і клінічні прояви депресії мають істотні відмінності у хворих різного віку. Ці особливості необхідно враховувати при виявленні, діагностиці, призначення адекватної терапії і веденні хворих на депресію.

Особливості депресій юнацького віку

Властивий юнацькому віку специфічний психобіологічний фон є патопластичним і патогенетичним фактором, що визначає появу особливих, що не залежать від нозології, феноменологічних проявів депресивних порушень, а також визначає атипію їх клінічної картини та перебігу в

порівнянні з депресіями зрілого віку. Це обумовлює і особливі форми реагування хворих юнацького віку на психофармакотерапію.



Внаслідок вираженої атипії клінічних проявів депресій в юнацькому віці, підвищеному ризику суїцидальної поведінки, ці хворі потребують особливої уваги і пильності при діагностиці та медичному веденні. Показники частоти

завершених суїцидів (55,1%) і повторних суїцидальних спроб (40,6%) значно вище, ніж при ендогенних депресіях у дорослих. Для цього вікового періоду характерна так звана «пубертатна лабільність настрою», різкі зміни емоційних полюсів.

У юнацькому віці надзвичайно рідко зустрічаються класичні меланхолійні депресії. Звертає на себе увагу рудиментарність власне тимічного компонента, майже повна відсутність вітального забарвлення депресивних переживань в порівнянні з депресіями зрілого віку. Вітальні розлади обмежуються тут переважно скаргами на падіння "життєвого тону" або відчуттям «тяжкого душевного дискомфорту», схожого з дифузним вітальним станом напруги. Тимічний компонент депресії в юнацькому віці представлений двома видами афекту - апатичним і дисфорічним. Переважають депресії з млявістю, апатією, скаргами на байдужість, супроводжуються зниженням енергії і ініціативи. Замість чіткого моторного гальмування при юнацьких депресіях виступає адинамічний компонент. Такі хворі часто скаржаться на втому, їх несправді звинувачують у надмірній ліні. Часто створюється враження апато - абулічного дефекту, що призводить до невірної діагностичної та терапевтичної тактики наведених станів. Часто домінуюче становище в структурі депресивного синдрому займають атипичні

по відношенню до класичної депресії ідеаторні розлади. Поряд з ідеаторним гальмуванням значне місце в картині юнацької депресії займають когнітивні порушення різної психопатологічної структури. Розподіл їх від легкої неуважності, «забудькуватості», труднощів зосередження до справжніх розладів мислення у вигляді «напливів», «обривів», паралельності думок і неможливості осмислення навіть простого навчального матеріалу (депресії по типу «юнацької астенічної неспроможності»). При домінуванні в картині тимічного компоненту дисфоричного забарвлення в стані хворих переважають дратівливість, вибуховість і навіть агресивна налаштованість, переважно до близьких, що надає поведінці хворих зовнішню схожість з психопатоподібними розладами. При цьому порушення поведінки у хворих пов'язані не з розладом потягів, а з невдоволенням собою та оточуючими, з почуттям неприкаяності, порожнього протесту, опозиції, бравади, і проекцією почуття провини зовні, на осіб з найближчого оточення.

Суттєвою особливістю юнацьких депресій є нестабільність і поліморфізм афективних проявів з багаторазовою зміною протягом одного нападу (фази) або навіть доби; можливістю співіснування афектів різного виду: апатії і дисфорії, тривоги і нудьги, страху і байдужості. Для юнацького віку характерна значна вираженість сомато - вегетативних компонентів в картині депресії. Найбільш часто серед них зустрічаються вегетативно-судинні та серцево-судинні розлади у вигляді виражених коливань і підйомів артеріального тиску. Це служить підставою для помилкового діагнозу "ювенільної гіпертонії", зазвичай, резистентної навіть до серйозної гіпотензивної терапії, але ефективною при лікуванні антидепресантами.

В деяких випадках картина юнацьких депресій складається з проявів психічної анестезії (*anaesthesia psychica dolorosa*). Для цих станів характерна перебільшена рефлексія, «депресивна розумова жуйка», а також картина складних і поліморфних по структурі деперсоналізаційних феноменів у вигляді розладів самосвідомості, станів дереалізації, відчуження

ідеаторних функцій. Хворі скаржаться на те, що більше не сприймають прочитане, мову оточуючих, «подурнішали», «отупіли».

Властива депресіям юнацького віку занижена самооцінка, ідеї самознищення часто набувають у юнаків фабулу дисморфофобії з невдоволенням своєю зовнішністю, будовою тіла або фіксацією на функціонуванні свого організму. Ідеї самозвинувачення і засудження нерідко виявляються тісно пов'язаними з підвищеним зосередженням на сексуальних проблемах (мастурбація).

Характерно, що депресивна оцінка власної особистості і навколишнього в юнацькому віці легко переростає в песимістичні абстрактні міркування про безглуздість власного існування і людської цивілізації в цілому, з формуванням депресивного метафізичного світогляду. Воно включає аутодеструктивні тенденції аж до суїцидальної поведінки з виправданням феномена самогубства. У ряді випадків при юнацьких депресіях спостерігаються особливого роду ідеаторні побудови, що стосуються цінісно - смислової сфери з домінуванням суто раціоналістичних міркувань про неминучість смерті, безглуздість навчання, роботи і взагалі існування. Все це сприяє формуванню особливого депресивного світогляду, надцінного захоплення містицизмом, нігілістичній філософії, екзистенціалізмом, відходом з реальності в релігію.

У картині «психастеноподібних» депресій на перший план виступають невластиві раніше пацієнтам нерішучість, невіра в свої сили, хвороблива рефлексія, скарги на втрату здатності самостійно вибирати і приймати рішення, сумніви в правильності своїх дій, знань, думок, підвищену сором'язливість і скутість в присутності сторонніх при будь-яких необхідних соціальних контактах.

Необхідно відзначити тривалий, часом затяжний характер перебігу і клінічних проявів юнацьких депресій, з розмитістю кордонів. Зазвичай ці депресії виявляються розтягнутими на багато років і збігаються з термінами пубертатно - юнацького віку.

Особливості депресій пізнього віку.

Незважаючи на високу поширеність, депресії пізнього віку часто «пропускаються» або діагностуються з великим запізненням, що призводить

до їх затягування і навіть хроніфікації. Така ситуація пов'язана не тільки з недостатністю знань клініцистів в цій області і поширеністю уявлень про "природність" депресивного



світовідчуття у людей похилого віку, але і з реальними відмітними особливостями депресивних станів пізнього віку. Основними з них є розмитість і незавершеність психопатологічної картини депресії і наявність симптоматики недепресивного ряду. В основі першого феномену лежить тенденція до "стирання" чіткості і ослаблення вираженості клінічних проявів психічної патології в пізньому віці. Це не означає, що в старості не можуть зустрічатися класичні форми депресій. Проте їх питома вага значно нижче частоти депресивних станів, де "вітальна" туга замінена апатією, дифузним відчуттям пригніченості або навіть запереченням наявності зниженого настрою, а замість загальмованості переважають явища астенії, анергії або адинамії. У структурі депресій з такою картиною порівняно рідкісні ідеї самозвинувачення і депресивна переоцінка минулого. В більшості випадків вектор винності спрямований в бік навколишнього світу, а минуле

сприймається різким контрастом у порівнянні з "сумним" справжнім і "страшним" майбутнім.

Незначній глибині депресивної симптоматики відповідає збереження в структурі фази численних розладів невротичного і психопатичного рівню. У поведінці і манері триматися в цих випадках виявляються демонстративність, настирливість, вимога особливої уваги. Характерна тенденція до легкого виникнення реактивних переживань.

Другою відмінною особливістю пізніх депресій є часте поєднання депресивної симптоматики з тривожними, соматизованими, іпохондричними, маячними і когнітивними розладами. Найбільш часто в структурі пізніх депресій зустрічаються різноманітні симптоми тривоги, що відзначалися в 56 - 84% випадків. За ступенем вираженості прояви тривоги можуть досягати психотичного рівня і бути основним компонентом депресивного стану ("вітальна" тривога, тісно спаяна з почуттям туги, тривожна ажитація). В інших випадках неглибокі невротичні розлади обмежуються тривожними побоюваннями і переживаннями, метушливістю, реактивною тривожною лабільністю. Зустрічаються при пізніх депресіях іпохондричні та соматизовані розлади, частота їх становить від 47 до 97%.

Наявність великої кількості соматичних скарг є основною клінічною особливістю депресії старечого віку. Іпохондричні розлади при пізніх депресіях можуть проявлятися як ізольовано, так і в поєднанні з соматизованими та соматоформними розладами. У першому випадку вони можуть обмежуватися іпохондричною фіксацією на соматичних компонентах депресії (відсутність апетиту, схуднення, слабкість, порушення сну) або проявах реально існуючих хронічних соматичних захворювань. У другому випадку переважають різноманітні патологічні відчуття – від елементарних алгій, дифузних або кризових вегетативних розладів до більш складних сенестопатичних порушень. При цьому на тлі зниження вітального тону і

анестезії вітальних почуттів сама депресія набуває відтінок фізичного страждання, або її клінічні прояви "ховаються" за масивними соматоформними розладами. Такі хворі важкі для діагностики і до звернення до психіатра довго "блукають" по медичним установам, складаючи від 1/2 до 2/3 первинних звернень лікарів загальної практики.

Маячні розлади зустрічаються в клінічній картині пізніх депресій набагато рідше і зазвичай спостерігаються в структурі класичних психотичних депресій, відповідних описам "інволюційної меланхолії". Крім власне депресивного марення провини, маячні порушення включають в себе широкий спектр характерних для пізнього віку ідей збитку, гріховності, покарання, аж до мегаломанічних, нігілістичних та меланхолійних переживань (гниття внутрішніх органів, миру). Поєднання "дрібномасштабних" маячних ідей з гіперболічними маячними уявленнями є однією з характерних особливостей пізніх маячних депресій.

Найважливішою особливістю пізніх депресій є часта присутність когнітивних розладів. Слід зазначити, що незначні когнітивні порушення в рамках вікової норми, зустрічаються практично у всіх літніх депресивних хворих. Так само широко поширені суб'єктивні скарги на зниження пам'яті, в більшості своїй пов'язані з тривожними побоюваннями і не підтверджуються психометричними оцінками. Однак, приблизно у 1/3 хворих похилого віку на тлі депресії спостерігається розвиток реальних, хоча і оборотних когнітивних розладів. Важкість їх коливається від порушень концентрації уваги, швидкості реакції, відтворення, рахування, труднощів рішення комплексних завдань до вираженої пізнавальної дисфункції з елементами фіксаційної амнезії, дезорієнтуванням і навіть сплутаності. В цих випадках прояви треба відрізнити від станів органічного походження та симптоми отримали назву «депресивної псевдодеменції» або «оборотної деменції». Причинами виникнення когнітивних порушень при пізніх депресіях є: тяжкість самого депресивного стану, посилення на тлі депресії вікових порушень пам'яті або

декомпенсація раніше прихованого органічного процесу. Особлива роль відводиться побічним ефектам антидепресивної терапії. Основними критеріями відмінності депресивної псевдодеменції від справжніх деменцій вважаються оборотність когнітивних розладів (паралельно редукції депресивної симптоматики) і відсутність достатньо виражених структурно-морфологічних змін мозку при КТ або ЯМР обстеженнях.

Своєчасна ідентифікація когнітивних розладів важлива не тільки для диференціальної діагностики депресій від деменцій, але і для підбору відповідної терапії і оцінки прогнозу подальшого перебігу захворювання. Такі хворі відрізняються уповільненням розвитку терапевтичної відповіді, значним підвищенням ризику розвитку лікарських ускладнень, тенденцією до затягування депресивних фаз і погіршення якості наступної за нею ремісії.

Результати депресій в пізньому віці так само мають вікову специфіку. Частота повного виходу з депресії в пізньому віці зменшується, в порівнянні із середнім віком, в 2-3 рази. Цей показник значно знижується зі збільшенням віку хворих - від 46,5% у інволюційному до 28% в 70 років і більше. Власне хронічні депресії з «застиглою багаторічною монотонною клінічною картиною без ознак ремісії» (переважно тривожно-іпохондричні маячні депресії), зустрічаються в пізньому віці приблизно з тією ж частотою, що і в середньому віці (16,5-19% проти 9-20% в середньому). На відміну від цього, частота «неповних ремісій» при пізніх депресіях надзвичайно висока і варіює від 25 до 60%. Формування "неповних" ремісій в пізньому віці зазвичай супроводжується погіршенням подальшого прогнозу захворювання з переходом до практично безперервного перебігу за типом "подвійних депресій".

Всі ці особливості вимагають всебічного геріатричного підходу до ведення хворих на депресію в пізньому віці, що включає в себе не тільки

лікування самої депресії, але і хворого в цілому з урахуванням його соматичних захворювань, органічного фону і соціально стресової ситуації.

Лікування афективних розладів



Ключові принципи терапії афективних розладів:

1. Методів короткостроковій терапії афективних розладів не існує.
2. Депресія і манія не є єдиними мішенями при лікуванні афективних розладів, в поле зору повинні також перебувати:
 - циклотимічні риси характеру;
 - змішані стани;
 - коморбидність (тривожність, імпульсивність, хвороби залежності);
3. Нормотимічна терапія необхідна у всіх фазах афективних розладів.
4. Застосування антидепресантів вимагає особливої пильності через можливість інверсії фази, дестабілізації циклічності хвороби.
5. Комплексне застосування фармакотерапії, психотерапії і психоосвіта підвищують ефективність терапевтичних впливів.

Лікування біполярного афективного розладу

Терапія БАР передбачає виконання трьох обов'язкових етапів: купірування симптомів, підтримуюча терапія та протирецидивна терапія. Метою терапії є максимально швидко редуцію першого епізоду або рецидиву (фази) манії, депресії або змішаного стану, та мінімізація побічних ефектів терапії.

В першу чергу перед лікарем постає питання: чи потрібно госпіталізувати пацієнта в стаціонар?

Для вирішення питання про стаціонарне лікування необхідно враховувати:

- ступінь вираженості порушень поведінки і соціальної дезадаптації;
- суїцидальний ризик (при наявності змішаних станів);
- анамнестичні дані (ризик розвитку манії\депресії і швидкість розвитку попередніх епізодів);
- рівень критичності пацієнта до наявної у нього симптоматики;
- умови мікросоціального середовища та участь близьких в терапевтичному процесі;

Проведення амбулаторної терапії пацієнта можливо при наступних умовах:

- пацієнт зберігає відносну критичність до стану;
- пацієнт здатний виконувати призначення лікаря;
- у пацієнта є близькі, здатні надати допомогу в контролі за виконанням лікарських призначень і станом пацієнта.

Обов'язковій госпіталізації у стаціонар повинні підлягати пацієнти з: тяжким перебігом епізодів манії та\або депресії, психотичною симптоматикою та при наявності суїцидального ризику.

Лікування пацієнтів із БАР проводять з урахуванням епізоду захворювання – маніакального чи депресивного, його проявів (циклотимічний або психотичний), а також особливостей структури психопатології.

Терапевтична тактика в разі маніакального стану має враховувати клінічні особливості манії. Базовою групою психотропних засобів для усунення маніакального стану є нейролептичні препарати – тізерцин, галоперідол, тіорідазину гідрохлорід, клозапін.

Поряд із нейролептичною терапією в разі як маніакальних, так і депресивних станів, в структурі БАР обов'язковими є застосування препаратів нормотимічної дії, що сприяють стабілізації настрою, - солей літію та їхніх аналогів. Монотерапію препаратами літію рекомендують у разі гіпоманіакальних станів. При проведенні терапії солями літію необхідний контроль за концентрацією літію в плазмі крові. Тому, потрібно мати на увазі, що ефект солей літію досягається не раніше, ніж через 7-10 днів терапії. Також для стабілізації настрою можливе використання деяких протисудомних препаратів (карбамазепін, солі вальпроєвої кислоти). При виборі стабілізаторів настрою перевагу все ж таки надають вальпроатам, через те що вони, на відміну від солей літію, не вимагають регулярного моніторингу плазмової концентрації і мають більш сприятливий профіль побічних ефектів.

При важких проявах агресії, а також при їх високому ризику, необхідно негайно використовувати терапевтичну тактику, що включає застосування швидкої транквілізації, фіксації або ізоляції пацієнта. Необхідність фіксації обумовлюється неефективністю інших способів заспокоєння пацієнта (вербальних, так і фармакологічних), що зазначені при лікуванні важких маніакальних і маніакально-маячних станів (в тому числі внутрішньом'язове застосування нейролептиків). Швидка транквілізація (препаратами бензодіазепінового ряду) для редукції збудження і дезорганізованої поведінки використовується при безуспішності застосування стандартних фармакологічних і нефармакогенних (поведінкова терапія) методів лікування в якості терапії «останньої лінії вибору».

Терапевтична тактика при депресивних фазах в рамках БАР I і БАР II істотно не відрізняється, проте вибір препарату повинен здійснюватися з урахуванням переважної полярності афекту, перебігу захворювання, тяжкості стану і клінічного варіанта депресії, наявності / відсутності змішаних рис, ефективності того чи іншого препарату при лікуванні попередніх депресій, а також ризику інверсії фази.

Препаратами першої лінії в редукції депресивного епізоду легкого та помірного ступеню тяжкості є нормотиміки і кветіапін. У зв'язку з обмеженою ефективністю солей літію для лікування депресивного епізоду, більш обґрунтованим є застосування антиконвульсантів. З урахуванням подальшого профілактичного етапу терапії в разі домінування в перебігу захворювання маніакальних фаз перевагу слід віддавати вальпроату, а депресивних – ламотриджину. При неефективності цих терапевтичних заходів можливе використання комбінованої терапії нормотимік + антидепресант. При виборі антидепресанту (АД) перевагу слід віддавати СИЗС. В разі наявності в структурі депресії змішаних рис (2 і більше маніакальних симптомів) приєднання антидепресантів протипоказано. Монотерапії антидепресантами слід уникати у зв'язку з високим ризиком інверсії фази і посилення фазоутворення і обтяження перебігу захворювання в цілому. У разі призначення АД необхідно ретельно відслідковувати появу ознак гіпоманії / манії або психомоторного збудження, в разі їх появи АД необхідно скасувати. Після редукції депресивної симптоматики більшості пацієнтам рекомендується продовжувати прийом АД в комбінації з нормотиміком не менше 6-12 тижнів, аж до повного зникнення резидуальних симптомів і досягнення стійкої ремісії.

У разі затяжних станів, наростаючої соціальної дезадаптації слід розглянути питання про застосування *електросудомної терапії*.

Психоосвіта проводиться з метою підвищення обізнаності хворого про природу захворювання, його перебіг, прогноз та методи лікування. При

цьому вирішуються такі основні завдання: поліпшення комплаєнсу і активне формування прихильності до тривалої протирецидивної нормотимічної терапії; встановлення необхідного альянсу між лікарем, пацієнтом і його родичами; дотримання режиму терапії і регулярного моніторингу лабораторних аналізів, що включає визначення препарату в крові та побічні ефекти терапії; повне відновлення рівня соціального функціонування; розпізнавання ранніх проявів рецидивів і можливих побічних ефектів; об'єктивна оцінка ризиків, пов'язаних із захворюванням і проведеною терапією (суїцид, порушення закону, зловживання психоактивними речовинами, вагітність).

Психотерапія показана лише при відносно неглибокому рівні афективних порушень та має бути спрямована на усунення афективних порушень, заспокоєння хворого, корекцію розладів мислення, нейтралізацію відчуття безпорадності та безнадії, суїцидальних тенденцій. Доцільним є поєднання адекватної фармакотерапії з тривалою когнітивно - поведінковою або інтерперсональною психотерапією. Їх комбінація більш ефективна, ніж будь - яка монотерапія.

Залежно від фази захворювання, особистісних особливостей, соціальної ситуації і поставлених терапевтичних завдань можуть застосовуватися різні методи психотерапії:

- ✓ індивідуальна (когнітивно - поведінкова, психодинамічна, суггестивна, раціональна);
- ✓ групова (інтерперсональна, реінтегруюча);
- ✓ сімейна (підтримуюча).

Лікування рекурентного депресивного розладу (РДР)



Важливою для розуміння перебігу РДР і його терапії є динамічна модель захворювання. Відповідно до цієї моделі в лікуванні РДР важливо дотримуватися всіх трьох основних терапевтичних етапів:

- 1) купіруюча (активна) терапія;
- 2) продовжена або стабілізуюча терапія;
- 3) тривала протирецидивна (профілактична) терапія.

Активна терапія. Перший етап лікування спрямований на якнайшвидшу редукцію гострої афективної симптоматики і триває до встановлення клінічної ремісії або до значного поліпшення стану. Необхідно збільшувати дозу антидепресанту до середніх терапевтичних значень (наприклад, стандартна доза трициклічних антидепресантів (ТЦА) становить 125-150 мг / день) і підтримувати терапію протягом адекватного періоду. Якщо депресія залишається повністю незмінною протягом 4 тижнів застосування терапевтичної дози антидепресанту, слід замінити препарат. Мінімальне поліпшення стану протягом перших 4 тижнів є підставою для подальшого 2-тижневого спостереження. У разі відсутності подальшого ефекту рекомендується зміна препарату. Зазначені терміни повинні бути подвоєні при лікуванні літніх пацієнтів або хронічної депресії. Більш ніж у 70% пацієнтів початок поліпшення стану відбувається протягом перших 3 тижнів терапії, при цьому рання позитивна динаміка є предиктором кращих

віддалених результатів. Терапевтичний діапазон доз нових антидепресантів був встановлений в спеціальних дослідженнях, однак він менш чітко визначений в порівнянні з ТЦА. Існують деякі дані, що при застосуванні міртазапіну терапевтичний ефект може розвиватися трохи швидше в порівнянні з іншими антидепресантами, особливо при більш швидкому збільшенні дози.

Підтримуюча терапія. Належна терапія депресії вимагає не тільки редукція гострих симптомів, але і продовження лікування протягом всього періоду поки зберігається ймовірність рецидиву. Неадекватна терапія або її відсутність протягом перших шести місяців ремісії призводить до повторної депресії у 50% хворих (показник рецидиву у пацієнтів, які отримують адекватну підтримуючу терапію, становить 20%). Якщо депресія зникає через 12 тижнів лікування, підтримуюча терапія протягом 6 місяців мінімізує ризик повторення депресії. Пацієнти, що продовжують підтримуючу терапію антидепресантом, на відміну від тих, кому була проведена зміна препарату або його повна відміна, мають більш низькі показники рецидиву протягом більш ніж двох років. Систематичність прийому антидепресанту також сприяє зниженню ймовірності рецидиву депресії. Доза підтримуючої терапії повинна бути тою ж або близькою до терапевтичної. У літніх пацієнтів може виникнути необхідність проведення терапії терміном до двох років після настання ремісії.

Пацієнтам потрібно також повідомити, що антидепресанти не викликають залежності.

Профілактична терапія. Як показали дослідження, у 75% пацієнтів, що не отримують лікування, повторний епізод зазвичай виникає протягом перших 2-3 років після настання ремісії. Таким чином, користь від довготривалої терапії у депресивних пацієнтів полягає в продовженні термінів ремісії. Профілактична терапія особливо доцільна у пацієнтів з хронічною депресією; двома або трьома депресивними епізодами в анамнезі. Вона необхідна при наявності таких факторів ризику як початок депресії в

молодому або літньому віці; короткому інтервалі між епізодами; швидкому початку; дистимії; обтяженому сімейному анамнезі; коморбідності; неповному терапевтичному ефекті. Інші фактори ризику включають: жіноча стать, відсутність трудової зайнятості, вираженість депресії. Більшість антидепресантів ефективні при підтримуючій або профілактичній терапії уніполярної депресії.

Профілактична терапія може проводитися невизначено довго, але не менш 1 року. Питання про припинення профілактичної терапії може бути вирішене позитивно в разі, коли протягом п'яти років має місце повністю стійкий стан пацієнта. При цьому слід пам'ятати, що навіть на тлі повного благополуччя припинення профілактичної терапії може призвести до розвитку повторного депресивного нападу і подальшого погіршення перебігу захворювання порівняно з періодом до початку лікування. У зв'язку з цим у випадках, коли немає об'єктивних медичних показань для скасування профілактичної терапії (виникнення супутніх інфекційних захворювань, що вимагають призначення медикаментів, несумісних з використовуваними для профілактики препаратами), тактика лікаря повинна бути спрямована на продовження терапії невизначено довго. Загальні рекомендації за *мінімальної тривалості* підтримуючої терапії: протягом 6 місяців після настання ремісії.

Відміна. При відміні терапії вважається доцільним повільно знижувати дози препарату протягом як мінімум 4 тижнів. Синдром відміни можливий при застосуванні будь-якого антидепресанта, але особливо - пароксетину. Симптоми відміни звичайно виникають протягом 1-3 днів після припинення лікування та редукуються протягом тижня, в той час як депресія зазвичай рецидивує через 3 тижні після відміни.

Психотерапія. Виходячи зі специфіки психотерапевтичних завдань, найбільш показаними є:

1. Індивідуальна психотерапія, особливо когнітивна, спрямована на

усвідомлення хворими неадекватного сприйняття (перекручених когніцій, що є причиною помилкових уявлень про себе і світ, та викликають неадекватні емоційні реакції) і заміна їх альтернативними – адаптивними. Основні техніки повинні дозволяти відновити прогалини в сприйнятті навколишнього світу і сприяти руйнуванню ірраціональних установок типу: «у мене нічого не вийде», «мене ніщо не радує», «все це не має ніякого сенсу»; допомагати хворим встановити зв'язок між реальними життєвими подіями і психологічними реакціями.

2. Групова міжособистісна психотерапія, основною метою якої створення гармонійних відносин з оточуючими; сприяє виникненню у пацієнта почуття приналежності до групи і більшої безпеки; зміни уявлень про неповторність і винятковість їх захворювання та зменшення в зв'язку з цим напруженості; перебудові ставлення до своєї хвороби; зміцненню віри в успіх лікування; підвищенню самооцінки; вироблення більш адекватних життєвих планів.

3. Сімейна психотерапія, спрямована на поліпшення соціального функціонування як у хворого, так і в осіб його сімейного оточення, що виступають в якості соціальних стресорів. Зазвичай, тут використовуються прийоми так званої підтримуючої терапії, спрямованої на вироблення у рідних правильного ставлення до проведеної хворому терапії, пом'якшення їх поведінки з хворим, корекцію неадекватної оцінки тяжкості його стану і тенденцією до психологізації наявних у нього психопатологічних проявів.

З урахуванням сказаного в психотерапевтичному веденні депресивних хворих необхідно віддати перевагу поєднанню емоційної підтримки та емпатичного сприйняття з подальшим коригуванням, не завжди усвідомлюваних, психологічних фантазій, що сприяють реалізації суїцидальної поведінки.

Завдання і тести

Матеріали для тестового контролю

1. Яке із перелічених захворювань НЕ відноситься до групи афективних розладів?

- А) Циклотимія;
- Б) Дистимія;
- В) Шизоафективний розлад;*
- Г) Рекурентний депресивний розлад.

2. Для якого з синдромів характерна наступна триада симптомів: гіпотимія, моторне та ідеаторне гальмування?

- А) Депресивний;*
- Б) Маніакальний;
- В) Кататонічний;
- Г) Параноїдний.

3. Що з перелічених симптомів НЕ відноситься до тріади Протопопова?

- А) Тахікардія;
- Б) Тремор;*
- В) Мідріаз;
- Г) Закреп.

4. Основну патогенетичну роль у розвитку сезонного афективну розладу має:

- А) Глюкагон;
- Б) Серотонін;
- В) Кортизол;
- Г) Мелатонін;*

5. Що з переліченого не є клінічним рівнем вираженості депресивного синдрому?

- А) Невротичний;
- Б) Ідеаторний;*
- В) Вітальний;
- Г) Психотичий;

6. Яке із перелічених захворювань може бути проявом «маскованої депресії»?

- А) Гнійний тонзиліт;
- Б) Виразновий коліт;
- В) Синдром роздратованої кишки;*
- Г) Синдром котячих подряпин.

7. Який з симптомів не відноситься до структури маніакального синдрому?

- А) Деперсоналізація;*
- Б) Ідеаторне збудження;
- В) Гіпертимія;
- Г) Моторне збудження.

8. Який з симптомів є патогномонічним депресивним симптомом?

А) Симптом «повітряної подушки»;

Б) Складка Верагута;*

В) Симптом Павлова;

Г) Ехопраксія.

9. Хронічний депресивний настрій, що не досягає ступеня легкого, помірного чи важкого епізоду рекурентної депресії називається:

А) Дисфорія;

Б) Морія;

В) Меланхолія;

Г) Дистимія.*

10. Емоційний процес, що швидко виникає та бурхливо перебігає, характеризується сильним і глибоким переживанням, характерним зовнішнім проявом, звуженням свідомості і зниженням самоконтролю – це:

А) Афект;*

Б) Абсанс;

В) Раптус;

Г) Сутінки.

Типові задачі

1. Хвора Р. звернулася до психіатра зі скаргами на поганий настрій і "огидне" самопочуття. На прийомі тосклива, пригнічена, постійно плаче, скаржиться на те, що вже давно не радіє життю, не може отримувати задоволення від читання, ні від перегляду телепередач, читати стало важко, бо не розуміє змісту прочитаного, думати стало фізично важко, мислення загальмоване, не може включитися навіть в розмову на банальні життєві теми, хоча раніше

"любила попліткувати". Будь-який рух дається з великими труднощами, нестерпно важко просто встати і підігріти чай. Апетиту немає ніякого. Настрій дещо поліпшується до вечора, але все одно залишається безрадісним. Довго не може заснути, сон поганий, дуже чуйний, поверхневий, з кошмарними сновидіннями і частими пробудженнями. Прокидається в два-три години ночі і більше заснути не може (феномен раннього пробудження).

Який стан розвинувся у хворої?

Які симптоми вказують на розвиток даного захворювання?

Які додаткові методи обстеження слід застосувати?

2. Пацієнт А., 42 роки, звернувся за допомогою вперше зі скаргами на пригнічений емоційний стан, порушення роботи кишківника у вигляді закрепів, апатію, млявість, байдужість до всього, погіршення пам'яті. Так, за словами пацієнта, він втратив колишню емоційність, став неухважним, незібраним, втратив почуття радості і задоволення. Скаржився на порушення сну, особливо в останні 10 днів («можу не спати взагалі всю ніч, і заснути тільки під ранок, а потім не можу прокинутися, відчуваю весь день сонливість»), пригніченість і апатію («не можу виконувати свої обов'язки»), постійні негативні думки («про те, що він не той життєвий уклад, що не так жив, не створив сім'ю ... все зробив не так, як треба було ... думки про те, що хворію - і навряд чи вилікуюсь»). Повідомляв про те, що у нього бувають напади тривоги, при яких починається тремтіння в тілі, аритмія. Пацієнт скаржився на коливання артеріального тиску, яке підвищувалось до 160/100 мм рт. ст., а також на «напругу в щелепах і у всіх м'язах».

1. Який діагноз можна виставити хворому?

2. На підставі чого був виставлений такий діагноз?

3. У самих дверей відділення лікаря зустрічає молода жінка. Вона жвава, настрій піднесений, очі блищать. Поверх лікарняного халата в неї одягнена строката кофточка, прикрашена яскравим бантом. Волосся в безладді, але

також перехоплені яскравою стрічкою. Губи густо нафарбовані, очі підведені. Все разом створює враження чогось крикливого і позбавленого смаку. Взявши лікаря «під руку», хвора починає тараторити, голос у неї захриплий.

«- Я вас відразу ж дізналася. А коли мене випишуть? Як то кажуть, не важливий метод - важливий результат. А он та нянечка прийшла сьогодні на роботу, а у неї комбінація з-під сукні визирає. З-під п'ятниці субота. Завтра субота, Ви мене завтра випишіть? А у Вас теж краватка не в порядку, дайте я вам поправлю. Не думайте, що я підлещуюсь. Вже скільки разів твердили світу, що лестощі мерзенно, шкідливо. А тобі що тут треба!» (Раптово в роздратуванні накидається на іншу хвору, яка підійшла до лікаря, намагається її вдарити, але тут же на обличчі знову з'являється посмішка, кокетливо звертається до лікаря). «Я в Вас закохалася, ну і що тут такого? Любов не порок, а велике свинство. Я ще і Льошу люблю, студента. Він до мене вчора приходив. Ось я йому лист написала у віршах. Хочете, прочитаю?». У відділенні хвора втручається в усі справи, всім заважає, нікому не дає спокою. Зібравши в гурток хворих, співає, танцює. Спить не більше 3-4 годин на добу. Порушення повністю не купується навіть застосуванням дуже великих доз нейролептиків.

1. Виділіть основний клінічний синдром та обґрунтуйте його.
2. Виставіть попередній діагноз
4. Хворий звернувся зі скаргами на постійні болі в нижній частині живота. При опитуванні уточнює, що болі носять невизначений розлитий характер, з прийомом їжі не пов'язані, після призначених йому, з приводу гастриту препаратів, не слабшають. У бесіді з хворим звертає на себе увагу деяка монотонність його мови, бідна міміка, рідкісне моргання, млявість рухів. На уточнюючі запитання хворий відповів, що поганого настрою у нього немає, хоча він і засмучений своєю хворобою. Однак буває, що йому нічого не

хочеться робити і важко змусити себе працювати, але «змусивши» себе почати роботу він «втягується» і може досить продуктивно і тривало працювати. Хворий також поскаржився на поганий апетит, нестійкі випорожнення - запори, що змінюються проносами, поверхневий сон, схуднення. Схильний пояснювати перераховане «хворобою шлунка». При огляді відзначається: шкіра сухувата, кілька в'яла, живіт м'який, болючість при пальпації посилюється, помірна брадикардія. З боку аналізів та інструментального дослідження патології не виявлено.

1. Виділіть основний клінічний синдром та обґрунтуйте його.
2. Сформулюйте попередній діагноз.

Нетипові задачі для заключного етапу заняття

1. Хвора О., 54 років, інвалід II групи. Знаходиться на лікуванні в психіатричному стаціонарі. У відділенні мало помітна, нетовариська. Велику частину часу нічим не зайнята, сидить на своєму ліжку, часто важко зітхає. На обличчі вираз туги і тривоги. При розмові з лікарем хвилюється, злегка тремтить, невпинно перебирає руками свій одяг. На очах сльози. Скаржиться на пригнічений настрій, безсоння, наплив нескінченних тривожних думок про будинок. Життя представляється хворий непотрібним і безцільним, часто думає про те, що жити не варто. Ось уривок з розмови лікаря з хворою.

Лікар: чому Ви вважаєте, що Ви нікому не потрібні? Вдома Ви ведете господарство, виховуєте внуків. Вашим дітям було б важко без Вас.

Хвора: онуків, напевно, немає вже в живих ... Немає їх!

Лікар: чому Ви так говорите? Адже тільки вчора на побаченні у Вас був син. Він сказав, що вдома все в порядку.

Хвора: не знаю ... Напевно, все загинуло. Доктор, що зі мною? Зробіть щонебудь, допоможіть ...

- Виділіть основний клінічний синдром.
- Проведіть диференційний діагноз.
- Сформулюйте попередній діагноз.
- Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу і які зміни характерні для даного захворювання.
- Сформулюйте остаточний клінічний діагноз з використанням сучасних класифікацій (МКБ-10).
- Тактика ведення хворого, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічних дій, показань і протипоказань. Немедикаментозні методи терапії, в т.ч. психотерапевтичні.
- Ускладнення при даному захворюванні.
- Прогноз, трудова експертиза.
- Профілактика, реабілітація

2.Вікторія, 17-річна дівчинка, проживає з біологічною матір'ю, 12-річна сестрою та дідусем у передмісті Запоріжжя. Учиться в загальноосвітній школи за місцем проживання. Мама дівчини звернулася за допомогою до лікаря із скаргами на те, що в останній час Вікторія стала дуже роздратованою, конфліктною, а вчителька жалується на її незадовільну поведінку в школі. За словами родичів, Вікторія «завжди була життєрадісною, сімейною дівчиною, яка добре ладила з сестрою, дідусем та мамою». У неї було кілька друзів у школі та у дворі. Три роки тому сім'я переїхала в приватний будинок в передмісто. Дівчинка стала менш балакучою: у школі вона не змогла знайти близьких друзів. За словами матері, останні 3-4 місяці у доньки був підвищений настрій. Вона часто сміялася і хіхікала без видимої причини. Під час уроків у школі малювала і демонструвала іншим учням «глупые картинки», «дурацкие рожи», за що її вигоняли з уроков. Вчителі скаржилися матері на поведінку дівчини, відзначаючи її прискорену мову: «Іноді вона розмовляє так швидко, що її складно зрозуміти». Мама Вікторії розповіла, що останні кілька місяців

дівчинка була дуже енергичною, ввечері їй складно було вкласти спати; засипання на 2-3 години, потім вона просипалася в 6 ранку бодьора та енергійна, при цьому не демонструвала втоми протягом дня, незважаючи на те, що спала на 2-3 години менше звичайного.

- Виділіть основний клінічний синдром.
- Проведіть диференційний діагноз.
- Сформулюйте попередній діагноз.
- Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу і які зміни характерні для даного захворювання.
- Сформулюйте остаточний клінічний діагноз з використанням сучасних класифікацій (МКБ-10).
- Тактика ведення хворого, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічних дій, показань і протипоказань. Немедикаментозні методи терапії, в т.ч. психотерапевтичні.

ДОДАТКИ

PHQ-9 — анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

ПІП _____		Дата _____			
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «✓»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше ніж половину цього часу	Майже кожного дня
1	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5	Поганий апетит чи, навпаки, переїдання	0	1	2	3
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою, або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9	Думки про те, що Вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал = _____					
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем — наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?		Зовсім не ускладнили			
		Дещо ускладнили			
		Дуже ускладнили			
		Надзвичайно ускладнили			
Критерії оцінки результатів PHQ-9 *					
Загальний бал		Тяжкість депресії			
0–4		Депресія відсутня			
5–9		Легка («субклінічна») депресія			
10–14		Помірної тяжкості депресія			
15–19		Середньої тяжкості депресія			
20–27		Тяжка депресія			

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire — PHQ-9) — шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці великих депресивних розладів, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

Шкала депресії Бека

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, **уважно прочитайте** всі варіанти відповідей до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття **протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день**. Переконайтеся, що Ви не пропустили жодного пункту.

1.

- Мені не сумно;
- Значну частину часу мені сумно;
- Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим;
- Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

2.

- Я не вважаю, що заслуговую покарання;
- Я допускаю, що заслуговую покарання;
- Я вважаю, що маю бути покараний;
- Я відчуваю, що доля карає мене;

3.

- Я спокійно думаю про майбутнє;
- Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше;
- Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися;
- Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити;

4.

- Я не відчуваю себе невдахою;
- В минулому я мав би менше зазнавати невдач;
- Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок;
- Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті);

5.

- Я в основному задоволений тим, ким я є;
- Я втратив впевненість у собі;
- Я розчарований в собі;
- Я не люблю себе;

6.

- Я отримую задоволення від улюблених занять і речей;
- Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей;
- Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило;
- Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило;

7.

- Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай;
- Я більш критичний до себе, ніж зазвичай;
- Я критикую себе за всі свої помилки;
- Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається;

8.

- Я не відчуваю відчуття провини;
- Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною;

- Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини;
- Мене мучить постійне відчуття провини;

9.

- У мене не виникає думок про самогубство;
- У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього;
- Я хочу вмерти і планую самогубство;
- Якщо б була нагода, я б зробив самогубство;

10.

- Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай;
- Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай;
- Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно;
- Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити;

11.

- Я не плачу більш часто, ніж звичайно;
- Я плачу частіше, ніж звичайно;
- Я плачу кожен день по кожному незначному приводу;
- Я хочу плакати, але не можу;

12.

- Я не втратив цікавості до інших людей і занять;
- Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше;
- Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять;
- Мене важко чимось зацікавити;

13.

- Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно;
- Я дратуюся легше, ніж звичайно;
- Я дратуюся значно легше, ніж звичайно;
- Я постійно відчуваю роздратування;

14.

- Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення;
- Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень;
- Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення;
- Я не в стані приймати жодних рішень;

15.

- Мій апетит не змінився;
- Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним;
- Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним;
- Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим;
- Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим;
- У мене зовсім нема апетиту;
- Я постійно хочу їсти;

16.

- Я не відчуваю себе нікчемним;
- Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди;
- Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші;
- Я відчуваю себе повністю нікчемним;

17.

- Я так само добре можу зосередитися, як завжди;
- Я не можу так само добре зосередитися, як завжди;
- Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь;
- Я не можу зосередитися ні на чому;

18.

- Я так само енергійний, як зазвичай;
- У мене менше енергії, ніж зазвичай;
- У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно;
- У мене немає сил ні на що;

19.

- Я втомлююся не більш, ніж зазвичай;
- Я втомлююся значно легше, ніж раніше;
- Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справ;
- Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справ;

20.

- Я сплю так само, як завжди;
- Я сплю дещо більше, ніж зазвичай;
- Я сплю дещо менше, ніж зазвичай;
- Я сплю значно більше, ніж зазвичай;
- Я сплю значно менше, ніж зазвичай;
- Я сплю більшу частину дня;
- Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути;

21.

- Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився;
- Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно;
- Мій інтерес до статевого життя значно зменшився;
- Я повністю втратив інтерес до статевого життя;

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до зростання тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 63 і знижується відповідно до поліпшенням стану.

Результати тесту інтерпретуються наступним чином:

0-13 - варіації, які вважаються нормою;

14-19 - легка депресія;

20-28 - помірна депресія;

29-63 - важка депресія.

Шкала Монтгомері - Асберга для оцінки депресії

Бали нараховуються наступним чином:

- за кожную відповідь А нараховується 0 балів.
- за кожную відповідь В нараховується 2 бали.
- за кожную відповідь С нараховується 4 бали.
- за кожную відповідь D нараховується 6 балів.

1. Об'єктивні (видимі) ознаки пригніченості

Прояви пригніченості, зневіри, відчаю (більш виражених, ніж при звичайному зниженні настрою) в мові, в міміці і позі. Оцінюються відповідно до глибини зниження настрою.

- A. Відсутність;
- B. Виглядає пригніченим, але настрої легко поліпшується;
- C. Виглядає пригніченим і нещасним більшу частину часу;
- D. Виглядає вкрай пригніченим і пригнобленим весь час;

2. Суб'єктивні ознаки пригніченості

Повідомлення пацієнта про депресивний настрої незалежно від того, наскільки воно проявляється зовнішніми ознаками. Включає занепад духу, пригніченість або почуття безпорадності і безнадійності. Оцінюється відповідно до інтенсивності, тривалістю і ступенем того, наскільки, по опису пацієнта, знижений настрої пов'язаний із зовнішніми подіями.

- A. Епізодична пригніченість, пов'язана із зовнішніми обставинами;
- B. Сумне або пригнічений настрої, легко піддається поліпшенню;
- C. Глибоке почуття пригніченості або зневіри; настрої ще піддається впливу зовнішніх подій;
- D. Постійне і незмінне почуття пригніченості, відчаю або пригніченості

3. Внутрішня напруга

Почуття хворобливого дискомфорту, сум'яття, роздратування, психічної напруги, доходять до паніки, сильного страху або душевного болю.

- A. Спокійний стан; тільки відчуття внутрішньої напруги;
- B. Епізодичне почуття роздратування або хворобливого дискомфорту;
- C. Постійне відчуття внутрішньої напруги, періодична паніка, що долається хворим з великими труднощами;
- D. Неослабний вкрай виражений страх або душевний біль; непереборна паніка.

4. Недостатній сон

Зменшення тривалості або глибини сну в порівнянні зі звичними для пацієнта характеристиками сну.

- A. Звичайний сон;
- B. Незначно утруднене засинання або трохи скорочений, поверхневий або переривчастий сон;
- C. Скорочений сон, не менше 2 годин;
- D. Менш 2-3 годин сну.

5. Зниження апетиту

Втрата апетиту. Оцінюється відповідно до ступеня втрати бажання поїсти або зусиль змусити себе прийняти їжу.

- A. Нормальний або підвищений апетит;
- B. Незначно знижений апетит;
- C. Відсутність апетиту; їжа не має смаку;
- D. Необхідність примусу для прийому їжі.

6. Порушення концентрації уваги

Труднощі зібратися з думками аж до втрати здатності концентруватися.

Оцінюється відповідно до інтенсивності, частотою і ступенем втрати здатності концентрувати увагу.

- A. Немає порушень концентрації;
- B. Епізодично важко зібратися з думками;
- C. Труднощі концентрації і тривалого зосередження зі зниженням здатності читати або підтримувати розмову;

D. Втрата здатності читати або брати участь в розмові без значних зусиль.

7. Апатія

Труднощі почати будь-яку діяльність або сповільненість початку і виконання повсякденній діяльності.

A. Відсутність труднощів почати будь-яку діяльність; відсутність сповільненості;

B. Труднощі почати будь-яку діяльність;

C. Труднощі почати просту повсякденну діяльність, виконання якої вимагає додаткових зусиль;

D. Повна апатія; нездатність виконати що-небудь без сторонньої допомоги.

8. Втрата здатності відчувати

Суб'єктивне відчуття зниження інтересу до навколишнього світу або діяльності, зазвичай доставляє задоволення. Зниження здатності адекватно емоційно реагувати на зовнішні події або людей.

A. Нормальний інтерес до навколишнього і людей;

B. Зниження здатності отримувати задоволення від того, що зазвичай цікаво;

C. Втрата інтересу до навколишнього; втрата почуттів до друзів і знайомих;

D. Відчуття емоційного паралічу, втрати здатності відчувати гнів, сум або задоволення, повної або навіть болючою втрати почуттів до близьких і друзям.

9. Песимістичні думки

Ідеї власної провини, малоцінності, самознищення, гріховності або каяття.

- A. Відсутність песимістичних думок;
- B. Епізодичні ідеї невдачі в житті, самознищення або малоцінності;
- C. Постійне самозвинувачення або конкретні, але ще раціональні, ідеї провини або гріховності; зростаюча песимістична оцінка майбутнього;
- D. Маячні ідеї повного краху, каяття; абсурдне і непохитне самозвинувачення.

10. Суїцидальні думки

Почуття, що жити більше не варто, що природна смерть - бажаний результат; суїцидальні думки і приготування до самогубства.

- A. Життя приносить задоволення або сприймається таким, яким воно є;
- B. Втома від життя; епізодичні думки про самогубство;
- C. Можливо, краще померти; суїцидальні думки стають звичними, а самогубство розглядається як можливий спосіб вирішення проблем при відсутності конкретних суїцидальних планів або намірів;
- D. Конкретне планування здійснення самогубства при першій нагоді; активні приготування до самогубства.

Підбиття підсумків

Максимальна кількість балів - 60

Від 0 до 15 балів - немає депресії

Від 16 до 25 балів - малий депресивний епізод

Від 26 до 30 балів - помірний депресивний епізод

Більше 30 балів - великий депресивний епізод

Шкала манії Янга – заповнюється клініцистом

1. Піднесений настрій:

0 - відсутній.

1 - слабо або можливо підвищений, виявляється під час опитування.

2 - суб'єктивно відчувається підйом; хворий виглядає оптимістичним, самовпевненим, веселим, настій адекватний обстановці.

3 - настрій піднесений, настрій неадекватний обстановці, відпускає жарти

4 - хворий ейфоричний, неадекватно сміється, співає.

2. Збільшення моторної активності, енергійність:

0 – відсутня.

1 - суб'єктивно відзначається збільшення активності.

2 - хворий жвавий, жестикуляція посилена.

3 - надмірна енергійність, періодична гіперактивність, занепокоєння (може бути заспокоєний).

4 - рухове збудження, постійна гіперактивність (неможливо заспокоїти).

3. Сексуальна зацікавленість:

0 - нормальна, не підвищена.

1 - трохи або можливо підвищена.

2 - суб'єктивно відзначається підвищення сексуальної зацікавленості.

3 - в бесіді спонтанно виникають сексуальні теми, багато про це говорить, повідомляє про свою гіперсексуальність.

4 - яскраво виражена сексуальна поведінка (по відношенню до пацієнтів, персоналу, лікаря).

4. Сон:

- 0 - не повідомляє про зменшення тривалості сну.
- 1 - зменшення тривалості сну менш ніж на 1 годину по відношенню до звичайного.
- 2 - зменшення тривалості сну більш ніж на годину.
- 3 - повідомляє про зниження потреби у сні.
- 4 - заперечує потребу уві сні.

5. Дратівливість:

- 0 - відсутня.
- 2 - суб'єктивне підвищення.
- 4 - дратівливий під час інтерв'ю, недавні епізоди гніву або дратівливості в відділенні.
- 6 - часто дратується під час інтерв'ю, прагне перервати бесіду
- 8 - ворожий, відмовляється від співпраці, інтерв'ю неможливо.

6. Мова (швидкість і кількість):

- 0 - не збільшена.
- 2 - суб'єктивно відзначається балакучість.
- 4 - періодично багатослівний, мова прискорена
- 6 - мова з напором, виразне прискорення темпу, багатослівний, важко перебити.
- 8 - «словесний потік», неможливо перебити, безперервна мова.

7. Порушення мислення:

- 0 – відсутнє.

- 1 - хворий ґрунтовний, декілька відволікається, мислення прискорене.
- 2 - відволікаємість, втрачає мету висловлювань, часто змінює тему, «стрибка ідей»
- 3 - вплив ідей, ідеаторна сплутаність, непослідовність; римує пропозиції; ехолалія.
- 4 - мислення інкогерентне; не здатний до продуктивного контакту.

8. *Зміст ідей:*

- 0 – нормальний.
- 2 - сумнівні плани, нові інтереси.
- 4 - особливі проекти, гіперрелігійність.
- 6 - грандіозні або параноїдні ідеї, ідеї відносини
- 8 - марення, галюцинації.

9. *Агресивна поведінка:*

- 0 - відсутня, співпрацює з лікарем.
- 2 – саркастичний в спілкуванні, періодично підвищує голос, напружений.
- 4 - висуває вимоги, висловлює погрози на відділення.
- 6 - загрожує лікарю, свариться, проведення інтерв'ю утруднене.
- 8 - нападає, здійснює деструктивні дії, інтерв'ю неможливе.

10. *Зовнішній вигляд:*

- 0 – відповідно одягнений і доглянутий.
- 1 - кілька недбалий вигляд.

2 - виглядає у занедбаному стані, недбало одягнений, неадекватна «ошатність».

3 - неохайний, одягнений в повному обсязі, крикливий макіяж.

4 - одягнений вкрай недбало, по-чудернацьки, багато прикрас.

11. *Усвідомленість хвороби:*

0 - визнає себе хворим, погоджується з необхідністю лікування.

1 - погоджується, що можливо хворий.

2 - визнає зміни в поведінці, але заперечує хворобу.

3 - визнає, що можливі зміни в поведінці, але заперечує хворобу.

4 - заперечує будь-які зміни в поведінці.

Трактування результатів:

0-12 – норма.

13-21 - гіпоманіакальний стан.

22-30 - маніакальний стан.

більше 30 - виразний маніакальний стан.

Шкала депресії Гамільтона – заповнюється клініцистом.

1. *Депресивний настрій (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної малоцінності):*

0- відсутність.

1 - вираз вказаного почуття тільки при прямому питанні.

2 - скарга висловлюється спонтанно.

3 - визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість).

4 - пацієнт висловлює тільки ці почуття, як у висловлюваннях, так і невербально.

2. Почуття провини

0 – відсутність.

1- самоприниження, вважає, що підвів інших.

2-почуття власної провини, болісні роздуми про власні помилки і гріхи.

3-справжнє захворювання розцінюється як покарання, маячні ідеї винності.

4-вербальні галюцинації звинувачувального і / або засуджуваного змісту, і / або зорові галюцинації загрозливого змісту.

3. Суїцидальні наміри:

0- відсутність.

1-почуття, що жити не варто.

2-бажання смерті або думки про можливість власної смерті.

3-суїцидальні висловлювання або жести.

4-суїцидальні спроби.

4. Раннє безсоння:

0- відсутність труднощів при засинанні.

1-скарги на епізодичні труднощі при засинанні (більше 30 хвилин).

2-скарги на неможливість заснути щоночі.

5. Середнє безсоння:

0- відсутність.

1-скарги на неспокійний сон протягом всієї ночі.

2-багаторазові пробудження протягом всієї ночі, підйом з ліжка.

6. Пізніе безсоння:

0- відсутність.

1-раннє пробудження з наступним засинанням.

2-остаточне раннє ранкове пробудження.

7. Працездатність і активність:

0- відсутність труднощів.

1-думки і відчуття неспроможності, відчуття втоми і слабкості, пов'язане з роботою або хобі.

2-втрата інтересу до роботи або хобі, виражене безпосередньо в скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (почуття потреби в додатковому зусиллі приступити до роботи або проявити активність).

3-зменшення реального часу прояву активності або зниження продуктивності.

4-відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання.

8. Загальмованість: (сповільненість мислення й мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)

0- нормальна мова і мислення.

1-легка загальмованість в бесіді.

2-помітна загальмованість в бесіді.

3-виражені труднощі при проведенні опитування.

4-ступор.

9. Ажитация:

0- відсутність.

1-занепокоєння.

2-непокійні рухи руками, терення волосся.

3-рухливість, непосидючість.

4-постійне перебирання руками, висмикування волосся, кусання губ.

10. *Психічна тривога:*

0- відсутність.

1-суб'єктивна напруга і дратівливість.

2-занепокоєння з незначних приводів.

3-тривога, що виражається у виразі обличчя і мови.

4-страх, який виражається і без розпитування.

11. *Соматична тривога* (сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка, серцебиття, головний біль, гіпервентиляція, задишка, прискорене сечовипускання, підвищене потовиділення):

0- відсутність.

1-слабка.

2-середня.

3-сильна.

4-вкрай сильна.

12. *Шлунково-кишкові соматичні симптоми:*

0- відсутність.

1-втрата апетиту, але з прийомом їжі без сильного примусу, відчуття тяжкості в животі.

2-прийом їжі тільки з наполегливим примусом, потреба в проносних засобах або препаратах для зникнення гастроінтестинальних симптомів.

13. *Загальні соматичні симптоми:*

0- відсутність.

1-тяжкість в кінцівках, спині, голові, м'язові болі, відчуття втрати енергії або занепаду сил.

2-будь-які різко виражені симптоми

14. *Генітальні симптоми (втрата лібідо, менструальні порушення):*

0- відсутність симптомів.

1-слабо виражені.

2-сильно виражені

15. *Іпохондрія:*

0- відсутність.

1-поглинання собою (тілесно).

2-надмірна заклопотаність здоров'ям.

3-часті скарги, прохання про допомогу.

4- іпохондричне марення.

16. *Втрата у вазі:*

А. За даними анамнезу

0- відсутність.

1-ймовірна втрата у вазі в зв'язку з цим захворюванням.

2-явна (зі слів) втрата у вазі.

3-не піддається оцінці.

Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня:

0 - менше 0,5 кг в тиждень.

1 - більше 0,5 кг в тиждень.

2-більше 1 кг в тиждень.

3 - не піддається оцінці.

17. Критичність ставлення до хвороби:

0- усвідомлення хвороби.

1-усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтома.

2-повна відсутність свідомості хвороби.

18. Добові коливання:

А. Коли симптоми більш виражені:

0- відсутність коливань.

1-вранці.

2-ввечері.

Б. Ступінь вираженості

0- відсутність.

1-слабкі.

2-сильні.

19. Деперсоналізація і дереалізація (зміна себе, навколишнього):

0- відсутність.

1-слабка.

2-помірна.

3-сильна.

4-нестерпна.

20. Параноїдні симптоми:

0- відсутність.

1-підозрілість.

2-ідеї відносин.

3-марення відносин, переслідування.

21. Обсесивно-компульсивні симптоми:

0-відсутність.

1-легкі.

2-важкі

Трактування результатів:

0-7 – норма.

8-13 – легкий депресивний розлад.

14-18 - депресивний розлад середнього ступеню тяжкості.

19-22 - депресивний розлад важкого ступеня.

більше 23 - депресивний розлад вкрай важкого ступеня тяжкості.

Перелік літератури:

1. Довідник сімейного лікаря з питань психосоматики / Н. О.Марута, В. І. Коростій, Г. М. Кожина [та ін.]. – К.: Здоров'я, 2012. – 384 с.
2. Мисула Ю. І. Особливості клінічної феноменології первинного епізоду віполярного афективного розладу // Архів психіатрії. – 2019. - 25(1). - С. 11 – 14.
3. Психіатрія і наркологія: підручник / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов [та ін.]; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. – К.: Медицина, 2015. – 488 с.

4. Психіатрія і наркологія: підручник / О. К. Напрєєнко [та ін.].. ; за ред. О. К. Напрєєнка. - К. : Медицина, 2011. – 527.
5. Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. Vol. 128. P. 179–193. DOI: 10.1111/acps.12087.
6. Systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder / J. F. Hayes, J. Miles, K. A. Walters [et al.]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015. Vol. 131. P. 417–425. DOI: 10.1111/acps.12408.