



ПОЛТАВСЬКИЙ  
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

# ***АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ (розлади настою)***

*д. мед. н., професор Васильєва Ганна Юріївна*  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери.

**Актуальність проблеми** афективних розладів **обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини.**

Афективна патологія охоплює спектр захворювань, які супроводжуються вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких інвалідність, суїциди та економічні збитки.

Депресії, зокрема, є одним з найбільш поширених захворювань у всьому світі. Ризик захворювання на депресію протягом життя становить близько 20%. За даними дослідників та ВООЗ, на початок ХХІ століття питома вага депресивних розладів склала близько 40% в загальній структурі психічної патології, від 3 до 6% населення землі страждає на різні види депресій, при цьому ризик розвитку тяжкого депресивного епізоду складає 15 – 20%, щороку у світі клінічно діагностованою депресією хворіють близько 200 мільйонів осіб і це число невпинно зростає.



# РОЗЛАДИ НАСТРОЮ [АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ]

- розлади, для яких основним симптомом є емоційні зміни або зміна настрою від депресії (з асоційованою тривогою або без) до нестримної радості.

Як правило, зміна настрою супроводжується загальною зміною рівня активності; більшість інших симптомів є вторинними до, або легко пояснюються на фоні загальної клінічної картини та пов'язані зі зміною настрою та рівня активності.

Більшість з цих розладів є повторними та початок кожного окремого епізоду може бути пов'язаний зі стресовою подією або ситуацією.

# F30 Маніакальний епізод

## F30.0 Гіпоманія

Розлад, що характеризується сталим легким підйомом настрою, високою енергійністю та активністю, а також помітним гарним самопочуттям, а також відчуттям фізичної та розумової ефективності. Часто присутні підвищена товариськість, балакучість, надмірна фамільярність, підвищена сексуальна енергія та знижена потреба у сні та відпочинку, але вони не настільки сильні, щоб вплинути на здатність працювати або спричинити соціальне несприйняття.

Дратівливість, марнославство та груба поведінка можуть замінити звичну ейфоричну товариськість. Розлад настрою та поведінки не супроводжується галюцинаціями або маяченням.

## F30.1 Манія без психотичних симптомів

Настрій піднятий та неузгоджений з обставинами, може варіюватися від безтурботної веселості до майже неконтрольованого збудження. Гарний настрій супроводжується підвищеною енергійністю, яка спричиняє гіперактивність, надмірну балакучість («мовний натиск») та знижену потребу у сні. Пацієнт не може довго концентрувати увагу та часто відволікається. Самооцінка часто роздувається через грандіозні ідеї та надмірну самовпевненість. Втрата стандартних соціальних факторів стримування може призвести до того, що поведінка стає безрозсудною, необдуманно сміливою або невідповідною до обставин, та не характерною для пацієнта.

## F30.2 Манія з психотичними симптомами

На додачу до клінічної картини, описаної у рубриці F30.1, присутні маячення (зазвичай, грандіозне) та галюцинації (як правило, «голоси», що говорять безпосереднього до пацієнта), або збудження, надмірна моторна активність та політ фантазій настільки нереальний, що пацієнт знаходиться за межами розуміння й є нездатним нормально спілкуватися.

Манія з:

- ✓ емоційно-конгруентними психотичними симптомами
- ✓ емоційно-неконгруентними психотичними симптомами

# F31 Біполярний афективний розлад

*Розлад, який характеризується двома або більше станами, за яких настрої та рівень активності пацієнта сильно порушені, такі порушення у деяких випадках представлені підйомом настрою та підвищеною енергійністю та активністю (гіпоманія або манія), а в інших випадках погіршенням настрою та зниженою енергійністю та активністю (депресія).* Лише повторювані епізоди гіпоманії або манії класифікуються як біполярні.

## **F31.0 Біполярний афективний розлад, гіпоманіакальний стан з епізодичним перебігом**

Пацієнт у даний момент перебуває у гіпоманіакальному стані та мав принаймні один інший афективний стан (гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний) у минулому.

## **F31.1 Біполярний афективний розлад, гіпоманіакальний стан з епізодичним перебігом без психотичних симптомів**

Пацієнт у даний момент перебуває в маніакальному стані, без психотичних симптомів (як в F30.1), та мав принаймні один інший афективний стан (гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний) у минулому.

## **F31.2 Біполярний афективний розлад, маніакальний стан з епізодичним перебігом з психотичними симптомами**

Пацієнт у даний момент перебуває в маніакальному стані, з психотичними симптомами (як в F30.2), та мав принаймні один інший афективний стан (гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний) у минулому.

## **F31.3 Біполярний афективний розлад, легка або помірна депресія з епізодичним перебігом**

Пацієнт у даний момент перебуває у стані депресії, як у депресивному епізоді легкого або помірного ступеня (F32.0 або F32.1), та мав принаймні один засвідчений гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний стан у минулому.

## **F31.4 Біполярний афективний розлад, тяжка депресія без психотичних симптомів з епізодичним перебігом**

Пацієнт у даний момент перебуває у стані депресії, як у депресивному епізоді важкого ступеня без психотичних симптомів (F32.2), та мав принаймні один засвідчений гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний стан у минулому.

## **F31.5 Біполярний афективний розлад, тяжка депресія з епізодичним перебігом з психотичними симптомами**

Пацієнт у даний момент перебуває у стані депресії, як у депресивному епізоді тяжкого ступеня з психотичними симптомами (F32.3), та мав принаймні один засвідчений гіпоманіакальний, маніакальний або змішаний афективний стан у минулому.

## **F31.6 Біполярний афективний розлад з епізодичним перебігом змішаного типу**

Пацієнт мав принаймні один засвідчений гіпоманіакальний, маніакальний, депресивний або змішаний афективний стан у минулому, та зараз демонструє змішані або різко протилежні маніакальні та депресивні симптоми.

# Біполярний афективний розлад

**Біполярний афективний розлад** (БАР) раніше мав назву маніакально-депресивного психозу (МДП; Е. Крепелін), або циркулярного психозу (циклофренії).

Це ендогенне психічне захворювання, що проявляється винятково емоційними розладами у формі маніакальних і депресивних станів з фазовим перебігом.

**Епідеміологія.** Нині з упевненістю можна говорити про частоту цієї патології лише у пацієнтів психіатричних стаціонарів, де хворі із БАР становлять 2—6 % від загальної кількості госпіталізованих. У загальній популяції цей показник значно коливається, що можна пояснити не лише розбіжностями у визначенні діагностичних меж цієї форми, у методах статистичного обліку хворих, а і тим, що значну частину пацієнтів з так званими амбулаторними, циклотимічними, зокрема прихований варіантами цієї недуги, не враховують.

Встановлено, що жінки страждають на БАР майже вдвічі частіше, ніж чоловіки.

**Етіологія і патогенез.** У розвитку БАР значну роль відіграє спадкове обтяження афективними психозами, тому в дітей, батьки яких страждають на БАР, значно підвищується ризик виникнення цього психозу. Встановлено, що при цьому конкордантність у монозиготних близнюків становить майже 67 %, а у дизиготних — 23 %.

# Клінічна картина

До основних проявів БАР належать депресивні та маніакальні стани, що характеризуються афективними порушеннями, зміною темпів психічних процесів, рухових проявів. Залежно від психопатологічної структури виділяють прості, змішані, атипові та складні варіанти зазначених станів.

**Маніакальна фаза** має такі типові прояви: *маніакальний афект, рухове та мовне збудження, прискорення темпу психічної діяльності у вигляді інтелектуального збудження.*

Інтенсивність маніакального синдрому може бути різною.

За легкого його перебігу (**гіпоманіакальні стани**) настрої незначно підвищений. Хворі відчувають внутрішнє піднесення, веселі, усім задоволені, оптимістично сприймають оточення, яке в їхній свідомості набуває веселкових відтінків. У цей період у хворих підвищується працездатність. Вони стають активнішими, відчувають приплив сил. У них помітно підвищується апетит, зменшується потреба у відпочинку та сні, через що значно скорочується тривалість нічного сну.

Маніакальний синдром, на відміну від депресій, часто розвивається на субклінічному рівні, тобто на рівні гіпоманії, та рідше перебігає у тяжкій формі. За тяжчого перебігу хворі надмірно веселі, постійно перебувають у чудовому настрої (екзальтація), відчувають особливе піднесення, окриленість, всемогутність.

Маніакальні хворі зазвичай виглядають молодшими, бадьорими, сповненими сил, їхня міміка жвава та виразна. У такому стані, відповідно до афекту, змінюється зміст думок: вони оптимістичні, судження й оцінки поверхові, самооцінка завищена. Хворі вважають, що мають неабиякі здібності, таланти. Можливе формування ідей винахідництва, реформаторства, величі, аж до маячних ідей фантастичного змісту. За маніакального збудження крайнього ступеня мислення може стати непослідовним, втратити спрямування, аж до “стрибання ідей”. Поряд із цим відбувається порушення уваги, загострення пам'яті. Хворі не стомлюються, відчувають приплив сил і незвичайну бадьорість. У цей період вони балакучі, мовлення їхнє швидке.



Підвищений потяг до діяльності виявляється в тому, що хворі беруться одразу за все, намагаються зробити багато справ, але жодної не доводять до кінця, бо увагу привертає щось нове. Такі гіперактивність та ділова метушливість стають причиною того, що недужі втрачають роботу.

У маніакальному стані пацієнти можуть здійснювати нерозважливі вчинки, що завдають шкоди їм і їхнім близьким, стають марнотратними, роздають речі, гроші. Можуть мати статеві стосунки з малознайомими людьми. Іноколи вдаються до актів агресії, антисоціальних вчинків.

До змішаних варіантів синдрому належить гнівлива манія, до атипових — непродуктивна та сплутана.

При гнівливій манії домінують збудливість, причепливість, сварливість, дратівливість, гнівливість, в окремих випадках — агресивність.

Для непродуктивної манії характерні бідність асоціацій, бездіяльність. На тлі підвищеного настрою спостерігають втрату активності.

До складних варіантів синдрому належать маніакальні стани, коли на тлі манії розвивається маячіння, переважають ідеї величі, що тісно пов'язані з афективними розладами і зумовлені ними.

На відміну від хворих з подібними порушеннями за інших форм патології, у пацієнтів з БАР самосвідомість, інтереси та прагнення не спрямовані на маячні зображення. Вони швидше є однією із форм прояву напливу оптимізму, енергії. Хворі “надумують” ситуації для наповнення конкретним змістом відчуття духовної та фізичної могутності. Саме так можна пояснити грубощі, нарочитість, які помічають під час розмови з пацієнтами, коли цікавляться їхніми планами та можливостями. Навіть при так званій маніакальній парафренії свідомість і особистість хворих не охоплені маячними ідеями фантастичного сенсу. У їхніх висловлюваннях чимало нестійких тверджень, від яких хворі можуть відмовитися, якщо їх переконати.



**Депресивні фази** спостерігають значно частіше, ніж маніакальні.

Клінічна картина ендогенної депресії складається із тріади симптомів, а саме: зниженого до патологічного рівня (сумного) настрою, психомоторної й інтелектуальної загальмованості.

На початку розвитку фази або у легких випадках настрої може мати найрізноманітніші відтінки (відчуття нудьги, смутку, пригнічення, похмурості, тривоги).

У найлегших випадках, коли афективні порушення малодиференційовані, депресивне забарвлення настрою виявляється послабленням емоційності під час спілкування хворого з людьми, які його оточують, втратою здатності радіти, веселитися. Нерідко недужі відчувають втому, стають млявими. Помітні загальне зниження життєвого тону (психічного та фізичного), відчуття невдоволення собою, іноді значне, втрата здатності до творчої діяльності. Нерідко пацієнти вважають це за лінощі, безвілля, пояснюють таку поведінку “неможливістю взяти себе в руки”. Після того як хворі оцінять свої здібності та реалії життя, в їхньому характері починає превалювати песимізм. їх ніщо не радує, вони почуваються самотніми, розуміють, що змінилися.

Нерідко виникають розлади сну, апетиту, головний біль, порушення функцій системи травлення, неприємне відчуття в усьому тілі.

У разі поглиблення депресії посилюються афективні розлади, і депресивний афект стає легше диференціювати. Крім об'єктивних відчуттів і переживань про депресію свідчать зовнішній вигляд, висловлювання, поведінка хворого. Інтелектуальне та психомоторне гальмування стає помітнішим.

Пацієнти пригнічені, гіпомімічні, зажурені, із виразом смутку в очах. Повіки їхні опущені з характерною складкою Вергаута (верхні повіки вигнуті під кутом угору), постать стражденна. Мислення загальмоване, асоціації збіднілі. Мовлення тихе, монотонне, бідне, відповіді короткі. У висловлюваннях хворих переважають песимістичні оцінки минулого, теперішнього та майбутнього. Хворі висловлюють ідеї власної неповноцінності, вини.

Клінічну картину в цій стадії розвитку визначають як **клінічну ендогенну депресію**. Загалом розлади, що виникають у зазначеній стадії депресії, дають змогу зрозуміти особливості перебігу хвороби в подальшому, а саме зміст депресивного маячіння. У складних випадках формується тяжкий депресивний афект, для якого характерна велика туга, що супроводжується фізичними відчуттями тяжкості в грудях і серці. Хворому здається, що голова його мов у лещатах, набита “важким камінням”. Зниження рухової активності може досягати ступеня депресивного ступору. Хворий нерухомо лежить або сидить, поринувши в тяжкі думки. Його обличчя нагадує маску страждання та скорботи. Сон і апетит порушені, часто виникає закреп. Пацієнти худнуть, тому дуже помітним стає зниження тургору й еластичності шкіри. Вегетативні зміни проявляються дистальним гіпергідрозом, гіпотермією, ціанотичністю кінцівок. Окрім того, хвороба позначається на ендокринних функціях. У жінок порушується менструальний цикл, аж до припинення менструацій, зникає лібідо (як і у чоловіків).

*Стан депресивного ступору* інколи переривається нападами меланхолійної несамовитості, вибухом відчаю, безпорадністю. У ці періоди хворі можуть скалічитися, вдатися до суїциду. Характерним є змінення стану хворого залежно від пори доби: деяке полегшення спостерігають надвечір. Однак у разі дуже тяжких форм депресій такі коливання майже непомітні.

*Ідеаторні розлади* проявляються млявістю, повільним мисленням, звуженням обсягу асоціацій, їхньою монотематичністю. Хворі не можуть мислити, вграчають пам'ять, не здатні зосередитися. Їхнє мовлення стає не лише повільним, а і надто лаконічним, елементарним. Погляд хворого сумний, за тяжкої депресії застиглий, що свідчить про душевний біль, страждання. Хворі практично весь час перебувають в одній позі: з опущеним плечовим поясом і похиленою головою. Ходять такі пацієнти повільно пересуваючи ноги. Спостерігають сенестопатії, що свідчить про вітальний характер афективних порушень. Іноді виникають неприємні відчуття в грудях, голові, інших частинах тіла. Хворому складно конкретизувати ці відчуття та їхню локалізацію.

*Розлади сприйняття* проявляються тим, що все навколо стає сірим, одноманітним, не знаходить у душі жодного відгуку. Час минає повільно, тому день здається надто довгим. Хворі висловлюють думки про особисту малоцінність (самоприпинення), звинувачують себе у всьому. З поглибленням депресії ці ідеї, починаючи з надцінних, досягають рівня маячіння. Іпохондричні розлади найчастіше пов'язані із загальним психічним станом, а не з неприємним відчуттям. Пацієнти вважають себе тяжкохворими.

За переважанням тих або тих порушень афективної ланки виділяють такі варіанти депресії: **тужлива, анестетична, тривожна**. Якщо домінує туга, хворі сумні, пригнічені, скорботні, в стані безвиході. *Депресивна деперсоналізація у вигляді хворобливої психічної анестезії* за переважання тужливого афекту представлена зазвичай найповніше. Пацієнти страждають від емоційного зубожіння. Найтяжчими бувають переживання з приводу втрати природних почуттів до близьких (психічна анестезія). Крім того, у хворих знижується або повністю зникає емоційне ставлення до оточення, будь-якої діяльності, розваг. Пацієнти вкрай хворобливо реагують на нездатність співпереживати, радіти (**ангедонія**), вболівають за 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 та накласти на себе руки. Вітальний характер переживань у хворих з вираженою тугою може стати причиною імпульсивних суїцидальних спроб. Поведінка такого пацієнта вирізняється усамітненістю, малорухливістю, нездатністю виконувати звичну, навіть елементарну, роботу. Переважають тривога, страх, внутрішнє хвилювання, напруження, болісний неспокій. Хворі висловлюють побоювання з приводу благополуччя близьких. Ідеаторні розлади характеризуються прискореним і безладним мисленням з нестійкою увагою, що її хворі концентрують на темах, які їх хвилюють. Вони висловлюють сумніви щодо прийнятих рішень: бояться можливих неприємностей, не можуть позбутися тяжких думок. Мовлення недужих уривчасте, нерозбірливе, плутане.

У разі **тривожно-ажитованого стану** психомоторна загальмованість змінюється руховим неспокоєм: хворий потирає руки, стереотипно ходить або ж плаче, стогне, заламує руки, голосить. Погляд його в стані тривоги неспокійний (“бігає”), напружений, міміка мінлива. Велику питому вагу мають соматопсихічні порушення. При цьому пацієнти можуть скаржитися на відчуття печіння, горіння, холоду, але не здатні чітко зазначити їхню локалізацію. Найчастіше неприємні відчуття з'являються в загруднинній і надчеревній ділянках, у голові, дистальних відділах кінцівок.

При **тривожній депресії** хворі насторожено, надчутливо сприймають оточення. Вони зациклюються на можливих неприємностях, невдачах, які очікують їх у майбутньому.

Хворі скаржаться на те, що час швидко збігає, при цьому минулий день сприймають як тривалий. У структурі тривожного варіанта депресії часто спостерігають нав'язливі страхи. Пацієнти бояться збожеволіти, померти. Ці фобії можуть супроводжуватися неприємними відчуттями в різних частинах тіла. У них виникають іпохондричні побоювання, спрямовані на соматичну сферу. Такі порушення іноді досягають ступеня раптоїдних станів з посиленням страху збожеволіти і померти, різким психомоторним збудженням, плачем, схильністю до самоушкодження, навіть імпульсивних спроб самогубства. У разі тривоги різного ступеня хворі погано засинають, не сплять або часто прокидаються. Може підвищуватися апетит. Хворі не можуть наїстися й напитися. Стають надто нав'язливими, постійно рухаються. У виражених випадках їхні рухи хаотичні.

**Анестетична депресія** характеризується переважанням афективної нечутливості. У разі незначної психомоторної загальмованості розвивається депресія з відчуттям втрати афективного резонансу, що проявляється зниженням реакції на оточення. Пацієнти стають начебто “емоційно кам'яними”, “дерев'яними”, не здатними до співпереживання. Їх ніщо не радує, не хвилює, навіть те, що стосується їхніх дітей і рідних. Хворі в такому стані зазвичай скаржаться на втрату емоцій, почуттів. Це характерно для депресивної деперсоналізації.

# F32 Депресивний епізод

Перебуваючи у типових легких, помірних та тяжких депресивних станах пацієнт страждає від погіршення настрою, зменшення енергійності та зниження рівня активності.

Здатність радіти, цікавитися та концентруватися обмежена, та характерна втомлюваність навіть після мінімальних зусиль.

Зазвичай, спостерігається порушення сну та погіршення апетиту.

Самоповага та впевненість у собі майже завжди низькі, та навіть у легкій формі часто присутні відчуття провини або думки про свою нікчемність.

Поганий настрій рідко змінюється та не залежить від обставин, він може супроводжуватися так званими «соматичними» симптомами, такими як втрата інтересу та здатності одержувати насолоду, ранкове пробудження на декілька годин раніше звичного часу, погіршення депресії зранку, помітна психомоторна загальмованість, хвилювання, втрата апетиту, зниження маси тіла, та втрата лібідо.

В залежності від кількості та важкості симптомів, депресивний епізод може бути визначений як легкий, помірний або тяжкий.

### **F32.0 Легкий депресивний епізод**

Зазвичай, присутні один або два з перерахованих вище симптомів. Пацієнт, як правило, страждає від цього, але зберігає здатність виконувати більшу частину своїх завдань.

### **F32.1 Помірний депресивний епізод**

Зазвичай, присутні чотири або більше з перерахованих вище симптомів, та пацієнту надзвичайно важко надалі виконувати більшість зі своїх стандартних завдань.

### **F32.2 Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів**

Стан депресії, під час якого відмічається та непокоять декілька з перерахованих вище симптомів, а також спостерігається втрата самоповаги, думки про свою нікчемність та відчуття провини. Характерними є думки про самогубство, що супроводжуються відповідними діями, а також присутній ряд «соматичних» симптомів.

### **F32.3 Тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами**

Стан депресії, описаний у рубриці F32.2, але з галюцинаціями, маяченням, психомоторною загальмованістю чи ступором, які є настільки важкими, що виконання звичайних соціальних завдань є неможливим. Існує загроза життю через можливе самогубство, зневоднення або голодування. Галюцинації та марення можуть бути пов'язані з настроєм чи ні.

Поодинокий епізод:

- ✓ глибокої депресії з психотичними симптомами
- ✓ психогенного депресивного психозу
- ✓ психотичної депресії реактивного депресивного психозу

# F33 Рекурентний депресивний розлад

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії, як описано для депресивного епізоду (F32.-), але без наявності в анамнезі самотійних епізодів покращення настрою та підвищення енергійності (манії).

Однак, можуть спостерігатися короткі епізоди легкого покращення настрою та підвищеної активності (гіпоманії) одразу ж після депресивного епізоду, іноді викликані лікуванням антидепресантами.

Більш серйозні форми рекурентних депресивних розладів (F33.2 та F33.3) мають багато спільного з раніше описаними концепціями, такими як маніакально-депресивний психоз, меланхолія, вітальна депресія та ендогенна депресія.

Перший епізод може спостерігатися у будь-якому віці, починаючи з дитинства та до похилого віку.

Початок захворювання може бути гострим або прихованим, та тривалість може варіюватися від декількох тижнів до багатьох місяців.

Завжди існує ризик того, що у пацієнта з рекурентним депресивним розладом буде маніакальний епізод, незважаючи на велику кількість пережитих депресивних епізодів.

Якщо трапляється такий епізод, необхідно змінити діагноз на біполярний афективний розлад (F31 .-).



### **F33.0 Рекурентний депресивний розлад з легким перебігом**

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з легким перебігом, як описано в F32.0, та без манії в анамнезі.

### **F33.1 Рекурентний депресивний розлад з помірним перебігом**

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з помірним перебігом, як описано в F32.1, та без манії в анамнезі.

### **F33.2 Рекурентний депресивний розлад з тяжким перебігом без психотичних симптомів**

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з тяжким перебігом без психотичних симптомів, як описано в F32.2, та без манії в анамнезі.

- ✓ Ендогенна депресія без психотичних симптомів
- ✓ Глибока депресія, рекурентна без психотичних симптомів
- ✓ Маніакально-депресивний психоз, депресивний тип без психотичних симптомів
- ✓ Вітальна депресія, рекурентна без психотичних симптомів

### **F33.3 Рекурентний депресивний розлад з тяжким перебігом з психотичними симптомами**

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з тяжким перебігом з психотичними симптомами, як описано в F32.3, та без манії в анамнезі.

- ✓ Ендогенна депресія з психотичними симптомами
- ✓ Маніакально-депресивний психоз, депресивний тип з психотичними симптомами
- ✓ Рекурентні тяжкі епізоди:
  - глибокої депресії з психотичними симптомами
  - психогенного депресивного психозу
  - психотичної депресії
  - реактивного депресивного психозу

# F34 Стійкі розлади настрою [афективні]

Стійкі та, зазвичай, мінливі розлади настрою, під час яких більшість окремих епізодів є недостатньо тяжкими, щоб бути описаними як гіпоманіакальні або помірні депресивні епізоди.

Оскільки вони тривають багато років поспіль, а іноді й більшу частину дорослого життя пацієнта, вони є причиною значних страждань та неієздатності. У деяких випадках рекурентні або поодинокі маніакальні або депресивні епізоди можуть накладатися на стійкі афективні розлади настрою.

## F34.0 Циклотимія

Стійка емоційна нестабільність з численними періодами депресії та легкого покращення настрою, однак жоден з яких не є достатньо тяжким або тривалим, щоб поставити діагноз біполярного афективного розладу (F31.-) або рекурентного депресивного розладу (F33.-). Такий розлад часто спостерігається у родичів пацієнтів з біполярними афективними розладами.

## F34.1 Дистимія

Хронічно депресивний настрій, який триває принаймні декілька років, який не є достатньо тяжким, або окремі епізоди не є достатньо тривалими, щоб поставити діагноз тяжкого, помірнього або легкого рекурентного депресивного розладу (F33.-).

У межах БАР можуть виникати **особливі форми депресії**.

Передусім це депресії, що найчастіше маніфестують фізичними або вегетативними проявами, які зазвичай супроводжуються соматичними симптомами.

Соматичні порушення приховують справжні причини вегетативних і фізичних симптомів.

Це утруднює розпізнавання депресивних розладів, які є підґрунтям соматовегетативних проявів.

Серед великої кількості термінів для позначення цих станів найчастіше застосовують такі, як “депресія без депресії”, “маскована” (“ларвірована”), “соматизована”, “прихована”, депресія.

Прояви депресії різноманітні і можуть імітувати будь-яку фізичну недугу.

Самі хворі з ознаками прихованої депресії зазвичай розцінюють свій стан як соматичну хворобу.

Але під час обстеження таких пацієнтів об'єктивних змін не виявляють або вони є настільки незначними, що не дають змоги пояснити скарги пацієнтів.

Разом із тим пізнє їх розпізнавання є небезпечним, оскільки хворі з прихованою депресією часто вдаються до самогубства.

Виділяють кілька варіантів проявів соматизованої депресії (В.Ф. Десятников, 1980), а саме: **алгічно-сенестопатичний** (абдомінальний, кардіоалгічний, цефалгічний, паналгічний, агрипнічний, діенцефальний), **обсесивно-фобічний, наркоманічний**.

За *алгічно-сенестопатичного* варіанта провідними є скарги на біль (своєрідний, нестерпний), неприємні відчуття (сенестопатії та парестезії), що відображено в його назві. Відповідно до локалізації болю можна виділити абдомінальний, кардіалгічний, цефалічний і паналгічний синдроми.

Для *абдомінального* синдрому характерні біль, спазми, парестезії в надчеревній ділянці, за ходом кишок, а також у ділянці печінки. Хворі відчують тяжкість, тиск у шлунку, його “переповнення”, “розширення”, “вібрацію”, скаржаться на нудоту та болісну відрижку. Біль частіше тривалий ниючий, розпиральний, тупий, але періодично виникають короточасні сильні алгії. Інтенсивність його залежить від періоду доби. Найсильнішим біль буває вночі та вранці. Він не пов'язаний зі споживанням і характером їжі. Зазвичай у таких хворих знижуються апетит, маса тіла, виникають закрепи, рідше — проноси. До постійних проявів цього синдрому окрім болю належить метеоризм: відчуття здуття, переповнення, гурчання в кишках.

У разі *кардіалгічного* синдрому провідними є скарги на біль, неприємні відчуття різного характеру й інтенсивності в ділянці серця (стисний, ниючий, свердлячий), печіння, горіння, розпирання в ділянці передсердя, спазми, пульсації, сильне серцебиття тощо. Хворі характеризують свої відчуття нетипово: “вогнем пече в грудях”, “шум у серці”, “стукання”, “судоми”, “уколи”, “розпирання”, “спазми за грудниною”, “стягування грудної клітки” та ін. Найчастіше біль буває тривалим (від тижня до кількох місяців), тупим, рідше — нападоподібним, досить гострим, кілким, пекучим. Локалізація болю обмежується ділянкою груднини, верхівки серця, але хворий зазначає його глибше розташування (“десь глибоко”, “далеко”, “всередині”). Біль іррадіює в шию, лопатку, живіт, голову. Серцеві, знеболювальні препарати зменшують його інтенсивність, але не вгамовують.

При *цефалічному* синдромі пацієнти переважно скаржаться на головний біль, який часто спостерігають у структурі різних варіантів прихованої депресії і розцінюють як один із домінувальних соматичних симптомів. Хворим складно описати особливості головного болю, але вони зауважують стійкий і тяжкий його характер. Часто біль супроводжується неприємними відчуттями сенестопатичного відтінку, пацієнти відчувають печіння, розпирання, тяжкість, тиск, пульсацію, стягування, заніміння, порожнечу.

У разі *паналгічного* синдрому провідним є мігрувальний біль без постійної локалізації (переміщується з однієї частини тіла в іншу, іноді охоплює все тіло).

До *агривнічного* варіанта прихованої депресії належать синдроми, за яких розлади сну є провідним, а іноді єдиним проявом захворювання. Характерною ознакою цього варіанта можна вважати стійкі, тривалі сомнічні розлади, що проявляються раннім прокиданням (о 3.00—4.00) і, відповідно, скороченням тривалості нічного сну. Снодійні препарати в цьому разі виявляються неефективними.

*Діенцефальний* варіант прихованої депресії найскладніший за структурою і найрізноманітніший за клінічними проявами, а тому його нелегко класифікувати. Правомірність виділення цього варіанта пояснюють подібністю його клінічної картини до загальновідомих синдромів ураження гіпоталамічної ділянки. До діенцефального варіанта належать випадки захворювання, що супроводжуються псевдоастматичними, вазомоторно-алергійними порушеннями та пароксизмальними кризами вегетосудинного або вегетовісцерального характеру на тлі соматичного й афективних розладів.

До *обсесивно-фобічного* варіанта прихованої депресії належать випадки захворювання, при яких основними симптомами є різні нав'язливі ідеї та страхи, що супроводжуються усвідомленням їхньої хворобливості, насильства над власним “Я” і бажанням їх подолати. Зовнішні прояви власне депресивних порушень незначні, а іноді їх зовсім не буває. Такий варіант прихованої депресії вирізняється серед описаних вище тим, що розмаїття клінічної картини зумовлено не соматовегетативними, а психічними феноменами. Це своєрідна “психічна” маска депресії, особлива форма поєднання obsesій, фобій і депресивної симптоматики.

Симптоматика obsesивно-фобічного варіанта прихованої депресії маскує різні вегетативні, соматичні й, головне, афективні порушення. Хворі скаржаться на нав'язливі спогади, уявлення, побоювання, бажання все рахувати. Особливо часті фобії, наприклад, страх померти від зупинки серця, збожеволіти, задихнутися, страх перед самотністю, висотою, відкритими просторами, зачиненими дверима. Але найчастіше хворі бояться померти. Пацієнти критично ставляться до цих страхів, розуміючи їх безпідставність, і намагаються їх подолати. І все-таки під час нападу вони повністю перебувають під владою страхів. Мають при собі ліки, розробляють маршрути повз медичні заклади, не користуються транспортом. На тлі постійних фобій розвиваються пароксизми гострого страху, немотивованої тривоги, що супроводжуються вегетативними проявами. Загальну клінічну картину захворювання доповнюють відчуття слабості, тяжкості, зниження апетиту та порушення сну.

До *наркоманічного* варіанта належать стани, за яких провідними проявами хвороби є напади алкоголізації, зумовлені періодичними порушеннями афективної або соматовегетативної сфер, алкоголізм, який формується.

# Перебіг хвороби

У разі біполярного перебігу (біполярний афективний розлад — за МКХ-10) маніакальні напади, що тривають від 2 до 4—5 тиж. (у середньому — 4 міс.), змінюються депресивними, тривалішими (у середньому — майже 6 міс.), між якими настає одужання.

Монополярний перебіг спостерігають рідко, тому найчастіше такий тип у міжнародних класифікаціях називають рекурентним депресивним розладом (МКХ-10). При цьому періодично виникають лише депресивні стани. Депресивні фази бувають значно частіше, ніж маніакальні, і в разі легких форм захворювання, і за психотичних проявів порушення.

На різних етапах хвороби можуть виникати і циклотимічні фази (зазвичай в ранніх стадіях), і психотичні. Тип перебігу недуги визначається характером, тривалістю, частотою фаз. Існує безліч варіантів перебігу: від одноразових фаз до нескінченних, тобто континуального чергування, від коротких нападів до варіантів з окремими тривалими фазами. Важливою, з точки зору перебігу захворювання, є тривалість фаз. У середньому вони тривають кілька місяців, а подеколи — і понад рік, і навіть кілька років. Показником перебігу є і тривалість інтермісій. Вона також варіює у широких межах. Важливо, що тривалість світлих проміжків жодним чином не пов'язана з проявом клінічних ознак захворювання. Короткочасними та надто тривалими можуть бути розлади як циклотимічного рівня, так і тяжкі (психотичні).



# Лікування

Лікування БАР проводять з урахуванням фази хвороби (маніакальна або депресивна), її прояву (циклотимічна або психотична), а також особливостей структури психопатології. До того ж потрібно враховувати, що при цьому психозі чітко виражена тенденція як до ремісивності, так і до рецидиву.

Дози препаратів мають бути достатніми для досягнення повної редукції симптомів й інтермісії, бо коли потрібного терапевтичного ефекту домогтися не вдається, хвороба перебігає довше. Крім того, потрібно здійснити заходи з профілактики рецидивів і намагатися збільшити тривалість ремісій за допомогою препаратів, що виявляють стабілізувальний (нормотимічний) вплив.

Терапевтичну тактику в маніакальній фазі захворювання визначають з огляду на клінічні особливості манії. Основним засобом купірування маніакального стану є нейролептичні препарати.

Для лікування депресивної фази БАР, незалежно від клініки, призначають антидепресанти.

**Дякую за Ваш час та увагу!**