

Эмоционально-поведенческие расстройства



Поражение правого полушария

Височная доля.

- Галлюцинации (обонятельные, вкусовые, слуховые, зрительные)
- Синестезии
- Аффективные расстройства
- Дерезализация
- Деперсонализация
- «Двухколейность переживаний»
- «Вспышка пережитого»
- онейроид

Поражение правого полушария

Височная доля. Галлюцинации.

- Обонятельные – запах часто неузнаваем, неприятен, не локализован («идет изнутри»)
- Вкусовые – чаще сочетаются с обонятельными
- Слуховые – невербальные (музыкальные или ритмические)
- Зрительные – элементарные, обычно в ауре припадков, редко сочетаются с галлюцинациями других модальностей
разновидность зрительных галлюцинаций – насильственные зрительные представления
- Тактильные – в левой половине туловища

«Больные жалуются на неопределенные душевные и физические ощущения... затем появляются единичные галлюцинации. Большею частью больного сразу – в несколько часов – одолевают массовые галлюцинации и ориентировка теряется совершенно. Болезнь держится на высоте несколько недель, месяцев... На высоте болезни аппетит и питание резко страдают, так что больные все больше истощаются»

Kraepelin, 1910 год (цит. По Bleuler, 1921 г).

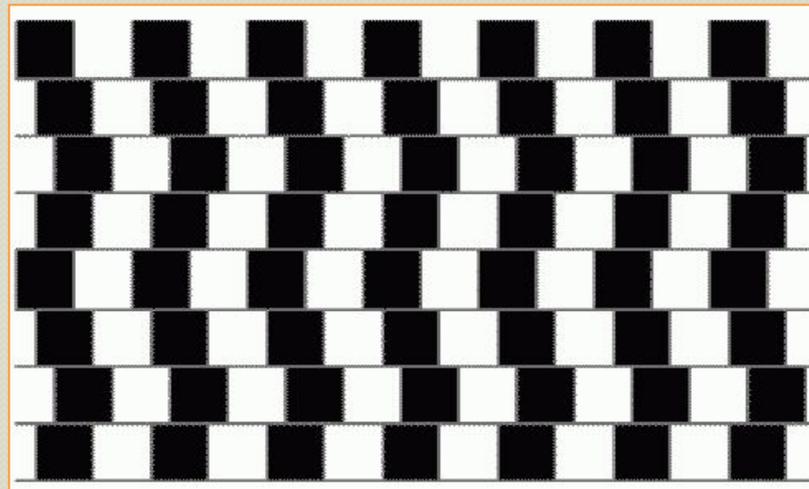
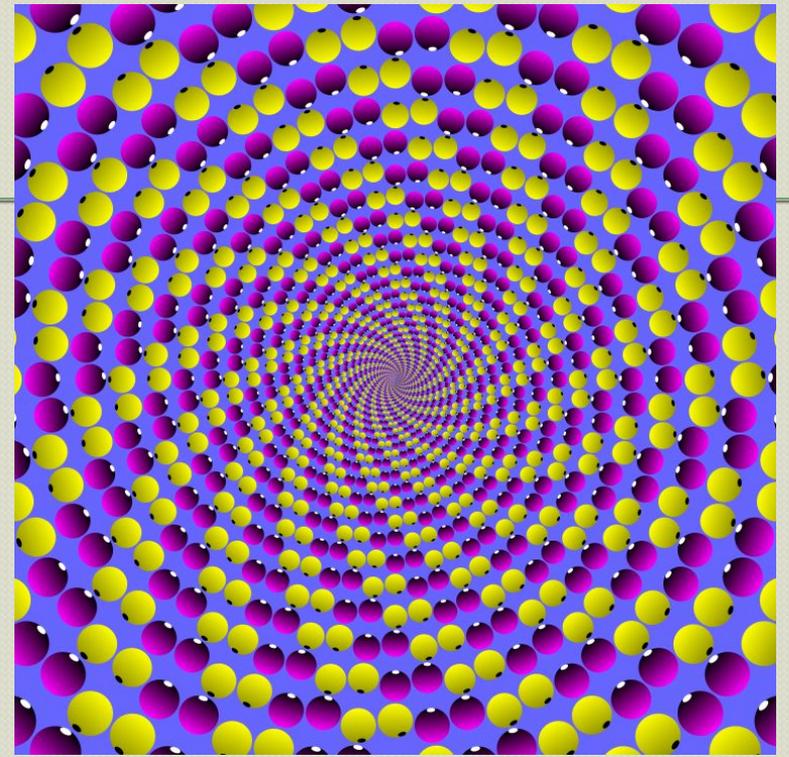
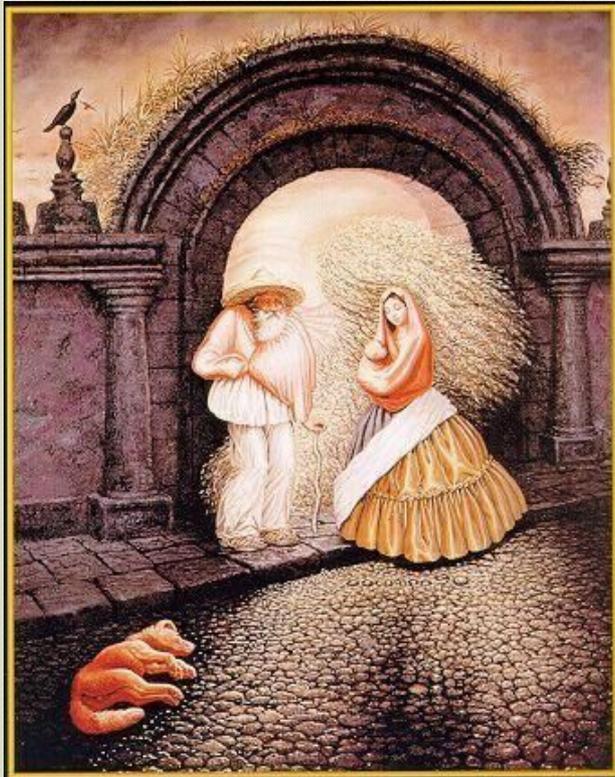
галлюцинации

Есть снижение когнитивных функций

Дефицитарные
(гипотетически –
моно- или полимедиааторная
церебральная
недостаточность)

Нет снижения когнитивных функций

Продуктивные
(гипотетически –
гиперстимуляция
дофаминергических систем)



Поражение правого полушария

Височная доля. Аффективные расстройства.

- Чрезмерные по силе аффекты с оттенком страдания – обычно проявляются как сопровождение галлюцинаций
- Сочетающиеся с явлениями дереализации и деперсонализации
гибель мира, изменение формы предметов, изменение формы и размеров собственного тела или отдельных конечностей
- Отсутствие эмоций
- Эйфория и избыточно яркое ощущение окружающего мира

Поражение правого полушария

Височная доля. Дерекализация.

Е. Краерelin – «идентифицирующие обманы восприятия»

- **Déjà vu** «ощущение и убеждение, что впервые виденное уже наблюдалось в прошлом»
- Deja entendu – уже слышанное
- Deja eprouve – уже испытанное
- Deja raconte – уже рассказанное
- Jamais vu – никогда не виденное
- Jamais entendu – никогда не слышанное
- Jamais eprouve – никогда не пережитое
- «фотографические приступы»
- Изменение ощущения времени
- Изменение ощущения формы и размера предметов

Всегда кратковременные переживания, хорошо запоминающиеся; могут быть эквивалентом бессудорожных приступов

Поражение правого полушария

Височная доля. Деперсонализация.

Расстройство самоосознания личности. Чаще сочетается с нарушением оценки времени и пространства.

1. Соматическая.

- Отсутствие части тела
- Умножение или увеличение частей тела
- Изменение размера тела или его частей
- Иногда сочетается с другими ощущениями (рука улетела, голова без затылка и в ней чужие мысли)

А. Пик – «тело, правда, то же самое, но дело обстоит так, как если бы я была другой»

- Один из вариантов – телесное раздвоение (два Я)

2. Психическая (посторонний наблюдатель)

Поражение правого полушария

Височная доля. Редкие симптомы.

- Синестезия – сочетание галлюцинаций с вегетативными, эмоциональными или висцеральными ощущениями
- «двухколейность переживаний» - два реальных мира одновременно; часто сочетается с галлюцинациями
- Вспышка пережитого – полный и кратковременный уход в реальное прошлое.
- Онейроид.

Поражение правого полушария

Теменно-височные отделы.

- Яркие сновидения
- Конфабуляторный синдром – нередко сочетается с отчуждением левых конечностей
- Игнорирование левой половины тела, игнорирование звуков слева, невозможность оценить эмоциональную окраску речи
«Моя нога в сумке, она мне надоела, пусть полежит там»
« левую ногу одолжил медсестре, она на ней ходит»
- Анозогнозия – часто сочетается с двигательной аспонтанностью и нарушением ориентации
- Многоречивость

«что общего между столом и стулом?» – «Стул стоит рядом со столом, может быть вторичным, а может вообще отсутствовать. Все зависит от того, что у нас ассоциируется со стулом.. У них бывает 4 этих.. Как называется?. С точки зрения правой плоскости может быть различие в позиции относительно того, сколько может быть этих».

Поражение правого полушария

Лобная доля.

- Эйфория (часто сочетается с анозогнозией)

?

Поражение левого полушария. Лобная доля.

- Аффективные расстройства (в том числе пароксизмальные)
- Речевая аспонтанность (в том числе пароксизмальная).
При пароксизмальных нарушениях возможность говорения является результатом того, говорил ли пациент в дебюте приступа или молчал.
- Психомоторные припадки
 - сознание изменено
 - речь редуцирована и упрощена
 - действия сложные, последовательные
 - поведение не упорядоченное

Поведенческие нарушения вследствие поражения лобных долей

Распад личности
Потеря понимания
Асоциальное поведение
Расторможенность
Неадекватность эмоций
Эмоциональное притупление
Булемия
Психическая ригидность
Гиперсексуальность
Апатия



Поражение левого полушария.

Височная доля.

- Провалы мыслей *«думать как будто нечем»*
- Насильственные мысли *«мешают друг другу, пухнет голова, не получается додумать ни одну мысль»*
- Интенсивное припоминание (Джексон, 1868 г.)
- Преходящая амнезия
- Амбулаторные автоматизмы
- Исчезновение снов
- Тревожно-депрессивные расстройства

Симптомы поражения срединных церебральных структур

- Истощаемость и другие изменения уровня сознания
- Беспокойство с дереализацией или без нее
- Гипоманиакальное состояние
- Двигательное возбуждение
- Благодушие
- Акинетический мутизм
- Галлюцинации

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ДЕМЕНЦИИ И ДЕЛИРИЯ

Деменция

- Начало исподволь
- Прогрессирующее течение
- Суточные колебания не характерны
- Бред и галлюцинации могут быть на стадии умеренной и умеренно-тяжелой деменции

Делирий

- Острое или подострое начало
- Волнообразное течение

Суточные колебания (ухудшение в ночное время)

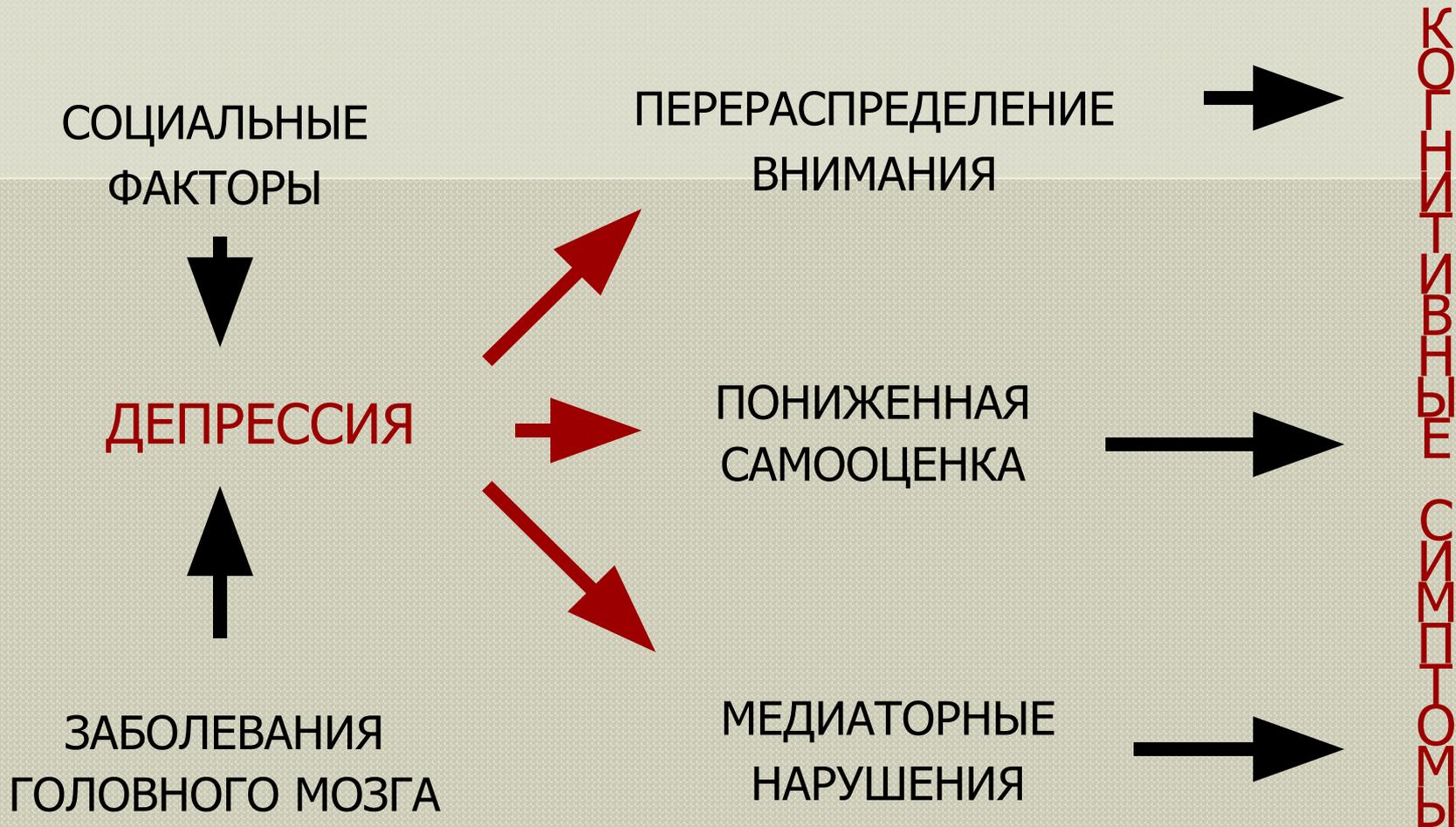
Нарушение цикла сон-бодрствование

Бред и галлюцинации, как правило, присутствуют.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДЕПРЕССИИ В ПОПУЛЯЦИИ

- ⊙ Мужчины: 2,3 – 4,4 %
- ⊙ Женщины: 4,9 – 8,7 %
- ⊙ Пожилые лица: 15-25%
- ⊙ Пожилые лица с когнитивными нарушениями: 20-40%

ДЕПРЕССИИ У ПОЖИЛЫХ



ЭТИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ

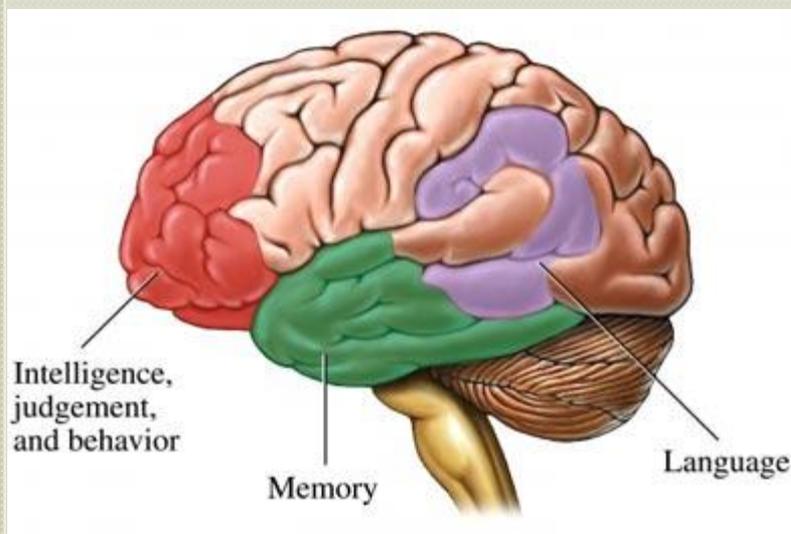
- Генетически детерминированное состояние
 - Монополярное аффективное расстройство
 - Биполярное аффективное расстройство
- «Реактивная» (атипичная депрессия, тревожно-депрессивное расстройство)
- Депрессия в рамках нейроэндокринных нарушений (гипотиреоз, гиперпролактинемия, постнатальная депрессия)
- *ДЕПРЕССИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (!)*
- Сезонная депрессия

СОСУДИСТАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Начало после 50 лет
- Преобладают: апатия, отсутствие удовольствия от жизни (ангедония), снижение мотивации и инициативы, безразличие.
- Значительно выражены когнитивные симптомы (замедленность мышления, снижение памяти, повышенная утомляемость при умственной работе)
- Не характерны: чувство вины, тоска
- Тенденция к затяжному течению
- Относительная фармакорезистентность

Alexopoulos G.S. et al. 1997, Krishnan K.R. 2002

Структурные повреждения мозга ассоциированные с депрессией



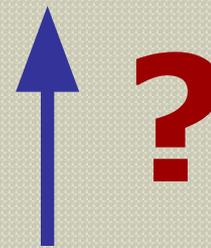
- Патологоанатомические исследования показали нейрональные изменения в орбитофронтальной коре, редукцию и изменения глиальных клеток в префронтальной и орбитофронтальной коре
 - Функциональные нейровизуализационные исследования демонстрируют нарушение церебральной перфузии и метаболизма глюкозы в лимбических и кортикальных структурах, а также уменьшение объема префронтальной коры и гиппокампа

КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ ДЕПРЕССИИ

- В онтогенезе формируются индивидуальные убеждения
- Многие из них – результат привычного внушения
- Среди прочих формируются «дезадаптивные» убеждения
- Депрессия возникает в результате дезадаптивной роли



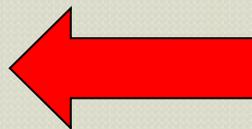
Депрессия –
следствие
неправильного
содержания
когниций



Нарушение
КОГНИТИВНЫХ
процессов

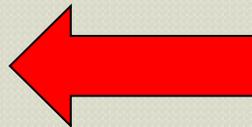
Первичные факторы риска развития инсульта

○ Повышенное артериальное давление



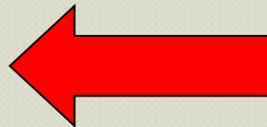
Депрессия увеличивает риск развития гипертензии в течение 5 лет \approx в 2 раза [Davidson et al, 2000]

○ Мерцательная аритмия и другие заболевания сердца



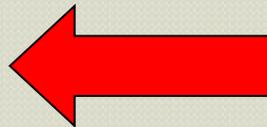
Депрессия в 2,7 раз повышает риск рецидива фибрилляции предсердий после кардиоверсии [Lange et al, 2007]

○ Курение



Распространенность курения у больных депрессией в 1,5 - 2 раза выше, чем в общей популяции [Diaz, 2009]

○ Диабет



Депрессия увеличивает риск развития диабета на 60% [Mezuk et al, 2008]

Инсульт

Депрессия

Поведенческие механизмы

- Снижение активности пациента в программах реабилитации
- Сохранение и появление вредных привычек (избыточное питание, курение)

Влияние на сердечно-сосудистую систему и микроциркуляцию

- Гиперактивация СНС и ГГС
- Повышение уровней медиаторов воспаления в крови (С-реактивный белок, интерлейкин-1, интерлейкин-6)
- Гиперкоагуляция (в т.ч. повышение уровня фVIII и фактора Виллебранда)
- Увеличение агрегации тромбоцитов

Влияние на репаративные процессы в головном мозге

- Изменение концентрации моноаминов в мозге

Постинсультная депрессия

- Примерно у 37% пациентов, перенесших инсульт, развивается депрессия [Robinson et al. 2008]
- Наиболее часто постинсультная депрессия развивается в период от 3 до 6 месяцев после инсульта [Huff W et al., 2003]
- Постинсультная депрессия повышает смертность пациентов в последующие 3-10 лет в 3-4 раза.
- Постинсультная депрессия – наиболее важный предиктор плохого восстановления повседневной активности [Parikh et al 1990] и снижения качества жизни после инсульта [Pan et al., 2008]
- Постинсультная депрессия связана с более выраженным нарушением когнитивных функций спустя 2 года после перенесенного инсульта [Robinson et al., 1983]

Как выявить депрессивные/тревожные расстройства у пациента?

Клинически:

«Как Ваше настроение в последнее время?»

*Часто пациент отвечает не «плохое»,
а «никакое», «так себе», «не очень»*

Обращать внимание на наличие у пациента:

- Тоски
- Мыслительной заторможенности
- Двигательной заторможенности или ажитации
- Нарушений суточного ритма (хуже утром)
- Мыслей о собственной малоценности, греховности, самоуничижения
- Мыслей о самоубийстве

Методы стандартизации оценки ПД

- Шкала депрессии Гамильтона Hamilton Depression Scale (HDS)
- Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADR)
- Шкала постинсультной депрессии (PSDS)

Инструменты для скрининга ПД

- Опросник депрессии Бека
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Факторы, определяющие трудности подбора терапии

- Влияние на сопутствующую патологию
- Взаимодействие с другими препаратами
- Изменение фармакокинетики у пожилых
- Отрицательное влияние на когнитивные функции
- Отставленность терапевтического эффекта

Тревога и депрессия

- Депрессивный и тревожный симптомокомплексы часто сочетаются и имеют перекрытие в симптоматике: симптомы беспокойства, психической и соматической тревоги встречаются у 42 - 72% больных с диагнозом большого депрессивного расстройства, панические атаки – у 30% пациентов. У больных с первичным диагнозом панического расстройства в 40 - 80% случаев имеются указания на большой эпизод депрессии.
- Частота депрессии при ГТР – 17-25%, при панических расстройствах – 18-30% пациентов.
- Частота симптомов тревоги в структуре депрессивного синдрома: беспредметное беспокойство вплоть до ажитации - 72%, психическая тревога - 62%, соматическая тревога - 42%.
- В хронологическом аспекте тревога предшествует депрессии у 15 - 33% больных, ГТР возникает раньше депрессивного расстройства в 54% случаев.

Тревожные расстройства

- Генерализованное тревожное расстройство
- Паническая атака

Последствия тревожных расстройств

- ухудшение функционального и социального восстановления пациентов
- усиление сопутствующей депрессии



Критерии дифференциальной диагностики тревожных расстройств

- Применение специальных шкал для точной оценки психоэмоционального статуса пациентов:
 - *Шкала Гамильтона для оценки тревоги (ШГТ)*
 - опросник, направленный на выявление конституциональной и ситуационной тревоги
 - < 17 баллов – слабовыраженная тревога
 - 18-24 баллов – субклинически выраженная
 - > 25 баллов – клинически выраженная
 - *Госпитальная шкала тревоги и депрессии*
- Тщательное клиническое обследование – для выявления причин соматических проявлений (наличие соматического заболевания и/или соматизация психогенных расстройств)

Принципы терапии тревожных расстройств при неврологических заболеваниях

- Адекватная терапия основного заболевания, купирование болевого синдрома
- Психотерапия, в т.ч. психорелаксационная терапия с использованием биологической обратной связи (БОС)
- Снотворные средства (важная роль нормализации сна при терапии всех неврологических заболеваний)
- Седативные средства
 - недостатки:** индивидуальная чувствительность и недостаточная эффективность
- **Транквилизаторы**
 - Бензодиазепины - не только для устранения тревоги, но и с целью миорелаксации (при ХБС), купирования различных пароксизмальных нарушений (эпилепсия) и вегетативных проявлений (вегетотропное действие)
 - недостатки:**
 - длительный прием пожилыми пациентами >
 - усугубление расстройств внимания и мнестических функций
 - необходимость длительного применения >
 - психическая и физическая зависимость, синдром отмены