

Аффективті бұзылыстар



Аффективті бұзылыстар

аффективті көңіл-күй бұзылысы
көңіл-күйдің тұрақты өзгерісі,
түріндегі психопатологиялық
жағдай, көбінесе оның төмендеумен
немесе көтерілумен және апатико-
абулиялық синдроммен көрінеді.

«Аффективті бұзылыстардың жіктелуі МКБ -10 (F3)»

1. Маниакальды эпизод (F30)

- Гипомания (F30.0)
- Психикалық симптомдарсыз мания (F30.1)
- Психикалық симптомдармен жүретін мания (F30.2)
- Биполярлы аффективті бұзылыстар (F31)

2. Депрессивтік эпизод (F32)

- Жеңіл депрессивтік эпизод (F32.0)
- Орташа депрессивтік эпизод (F32.1)
- Ауыр депрессивтік эпизод, психикалық симптомдарсыз (F32.2)
- Ауыр депрессивтік эпизод, психикалық симптомдармен (F32.3)
- Рекуррентті депрессивті бұзылыс (F33)
- Көңіл күйдің тұрақты бұзылысы (аффективті бұзылыс) (F34)
- Көңіл күйдің басқа бұзылыстары (аффективті) (F38)
- Көңіл күй бұзылысы [аффективті] анықталмаған (F39)

Аффективті бұзылыстардың даму ЭТИОЛОГИЯСЫ

- 1) Генетикалық себепке 11 хромосоманының аномалиясы жатады.
- 2) Биохимиялық себепке нейротрансмиттердің алмасу белсенділігі жатады, олардың саны депрессия кезінде төмендейді (серотонин) ал керісінше мания кезінде жоғарлайды және де депрессия кезінде кетохоломиндер дефициті байқалады.
- 3) Нейроэндокриндік себепке гипоталамо – гипофизарлы жүйе, лимбикалық жүйе және эпифиз бездерінің функциясының бұзылысы мен сипатталатын релизинг және мелотонин гормондарының ретсіз бөлінуі жатады.
Бұл процесстер күндізгі жарық фотондарына байланысты. Бұл ағзада болатын қалыпты, ретті жағдайларға кері әсерін тигізеді (ұйқы, жыныстық активтілікке, тамақ ж.т.б)
Бұл қалыпты процесстер аффективті бұзылыстар кезінде жүйелі түрде бұзылады.

Аффективті бұзылыстардың клиникасы

- Негізгі бұзылыстар моторлық белсенділіктің артуы немесе төмендеуі себебінен көңіл – күйдің көтерілуі немесе күрт төмендеуі және де әлеуметтік функциялаудың өзгерістері мен көрінеді.
- Клиника эпизод күйінде басталады (маниакальды, депрессивті) биполярлы (екіфазалы) рекурренттік бұзылыстар, және де көңіл күйдің тұрақты бұзылыстарымен сипатталады.
- Психоздар арасында психопатологиялық симптомдарсыз интермисси болады.

- Аффективті бұзылыстар көбінесе соматикалық сферада көрінеді (физиологиялық улану, салмақ, тері тургоры ж.т. б).
- Аффективті бұзылыстар спектрінде байқалады:
 - Салмақтың мезгілдік өзгеруі (әдетте қыста семіру, жазда 10% арықтау)
 - Кешкі уақытта көмірсуға жемірлік, ұйықтар алдында тәттіге құмарлық.
 - Етеккіралды синдромы, етеккір алдында көңіл күйдің күрт төмендеуі.
 - «Солтүстіктік депрессия», солтүстікке қоныс аударғандар арасында болады, ол поляр түні кезінде байқалады.

Депрессивті синдром

1. көңіл-күйдің нашарлығымен (гипотимия), 2. ойлаудың тежелуімен және қимыл 3. активтілігінің төмендеуімен көрінеді (депрессивті үштік). Гипотимикалық бұзылыстар диапазоны жеңіл басылымнан, қайғыдан, терең сағыныштан яғни, науқас ауырлықты, кеудесінде ауру сезімін сезуден жоғары

Ассоциативті процестердің баяулауы

ойының баяу және аз болуы, жағымсыз жағдайлармен: ауру, өзін-өзі кінәлау ойы байқалады. Сұрақтарға қиналып жауап береді, сұрақ пен жауап арасындағы пауза ұзақ болады. Қимылының аз болуымен және біртектілігімен қимыл әрекетінің баяулауы байқалады. Науқас қимыл үстінде бір қалыпта тоқтап қалуы мүмкін (депрессивті ступор).

Депрессивті синдромға психотикалық варианттағы бұзылыстар: сандырақ ойлар өзін-өзі кінәлау, өзін-өзі кемсіту (параноидты депрессия) өзін-өзі өлтіруге (суицид) дейін алып келетін жағдайлар да жатады.

Психотикалық депрессия кезінде сомато-вегетативті бұзылыстар: ОЖЖ симпатикалық бөлімнің тонусы жоғарылауы яғни, **тахикардия, мидриаз, іш қату** (Протопопов үштігі) байқалады. Тәбеті төмендейді, дене салмағы азаяды, анорексия, ұйқысы бұзылады.

Депрессияның жіктелуі

- *Уайымдық депрессия*-бұл кезде мұңмен қатар қорқыныш қатар жүреді.
- *Меланхоликалық*-мұнда ең бастысы және айқын аффект; мұң болады.
- *Анергиялық депрессия* - мұң мен бірге қорқыныш әлсіз көрінеді, мұнда бірінші орынға психикалық үрдістер жатады.
- *Депрессивтік - деперсонализациялық* - науқастың жүзі мұңды болғанмен көңіл күйінің жақсы екенін айтады.

- *Маскалы (ларвирлі) депрессия*, эмоциональды компонент анық емес және соматовегетативті бұзылыстар болады (депрессия маскасы). «Жасырын депрессияның» диагностикасында келесі белгілер бағаланады:
Көбінесе таң ертең субъективті жайсыздық байқалады.

- Полиморфизм, анық еместілік, сомато-вегетативті шағымдар, белгілі бір шегі жоқ ауру сезімі.
 - Тіршіліктік қызметінің бұзылысы (ұйқының, тәбеттің, етеккірдің, потенцияның, салмақ жоғалту).
- Бұзылыстың периодтылығы және оның пайда болуы мен жоғалуының өз бетінше болуы.
 - Маусымдылығы-жиі көктем және күз.

- **Маскалы депрессия** МДП-ның депрессивті фазасында, шизофренияда, пресенильді депрессияда кездеседі.
- **Дабыл депрессиясы** – инволюциялық депрессияға тән. Дабыл және қорқыныш негізгі аффект болады. Науқастар үнемі катастрофа, қайғы сезімдерінде жүреді. Дабыл қайғысының құрамы жалпы диффузды қасиет құрайды. Қимыл-әрекеттің баяулауы емес, керісінше қимыл-әрекеттің қозуы байқалады яғни, науқастар бір орында отыра алмайды. Мұндай қозу жағдайындағыларды меланхоликалық раптуста: науқастар айқайлап, қайғырады, шыңғырып, ары-бері жүреді, еденде аунайды. Осы жағдайда оларға суицид жағдайына қауіп төнеді.
- **Анестетикалық депрессия**- науқастар қандай да бір уайымның толық және қайғылы жоғалуына шағымданады. Жиі сыртқы ортадағы өзгерістерді- әлем өз түсінен айырылып жатыр, дауыстар әлсіз естіледі, уақыт жүрмей қалған сияқты (меланхоликалық дереализация).

Маниакальды синдром



- маниакальды үштікпен көрінеді:
- 1.эйфория (көңіл- күйдің адекватты емес көтерілуі)
- 2.ассоциативті процестің жылдамдауы
- 3.бір әрекетке талпыну мақсатында қимылдық қозу.
- Науқастар бастаған ісін аяғына дейін жеткізе алмайды яғни, зейіннің тұрақсыздығы. Науқастар көзге түсіп тұрады. Көздері жылтырлап, беті қызарған, сөйлеп тұрғанда түкірік шашып тұрады.Мимкасы көп, қозғалыстары жылдам, позасы мен ымдауы айқын білінеді. Ерлер мен қатар әйелдер жыныстық әуестікке құмар болады.Маникалды қозу әдетте кешке қарай болады.
- «Күндік» мания:оптимистикалық көңіл күйдің көтерілуі, бірақ сөздік және қозғаластық қозуы орташа.
- Жеккөрушілік мания:көңіл күйдің жоғарлауымен қатар қозушылық, көрінген нәрсеге ұрынушылық.
- Аралас мания: шаттанған көңіл мен қатар сөйлеумен қатар қозғалыстың шашыраңқылығы.
- Маникалды ашушандық: кенеттен көрінетін психомоторлы қозу, жындану .

Ассоциация көбінесе беткейлік болады. Бұндай жағдайда науқастар өзінің қабілеті мен мүмкіндіктерін бағалай алады. Жартылай әуестілік жоғарылаған. Маниакальды жағдайдың жеңіл дәрежесін гипомания деп атайды. Бұл жағдай көбінесе МДП және шизофренияда кездеседі

Емі және профиктикасы

- Нейролептиктер, антидепресанттар, транквилизаторлар қолданылады.
- Аффективті бұзылыстарға алып келетін жағдайларды ескерту.

Препарат и его аналоги	Минимальная суточная доза, мг	Средняя суточная доза, мг
Азафен	50	300
Амитриптилин (триптизол)	25	300
Анафранил (кломипрамин)	50	250
Бефол	300	600
Вельбутрин	50	300
Гептрал (адеметионин)	800	1600
Герфонал (тримепримин)	50	300
Золофт (сертралин)	50	300 (1 раз в сутки)
Инказан	50	300
Инсидон	50	150
Коаксил (тианептин)	25	50
Лудиомил (мапротилин)	25	300
Мелипрамин (имипрамин)	25	250
Миансерин (леривон)	100	300
Ниаламид (нуредаль)	25	300
Паксил (пароксетин)	20	40 (1 раз в сутки)
Петилил (дезипрамин)	50	200
Пиразидол	50	300
Сиднофен	5	30
Синекван (доксепин)	30	300
Тразодон	150	300
Флуоксетин (прозак, продеп)	20	60
Эфевелон	50	250

Аффективті бұзылыстар кезінде тек қана антидепресанттар ғана қолданылмайды.

- **Бензодиазепиндер** являются препаратами выбора при лечении синдрома отмены, сопровождающегося наличием выраженных тревоги, страха и бессонницы.
- При синдроме отмены с тревогой и беспокойством считается целесообразным назначение **транксена**;
- для купирования тревоги и депрессии — **альпразолама**

Қолданылған әдебиеттер:

- Оспанова Н.Н Алматы 2012
- Жарикова.Н.М, Урсов Л.Г, Хритинин Д.Ф,
Сарсембаев К.Т Алматы 2010
- Интернет желісі