

МАНИАКАЛЬНО- ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) —

эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами, т.е. полным восстановлением психического здоровья и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов.

Распространенность

- Частота маниакально-депрессивного психоза среди населения колеблется в пределах 0,07—7,0%.

Этиология

- наследственное предрасположение (высказывается предположение о доминантной передаче болезни с эффектом одного гена и его неполной пенетрантностью (Kallmann F), возможна связь сцепления генов, участвующих в развитии аффективных психозов, с X-хромосомой (Вартанян М. Е.)
- биохимические и биологические изменения в организме
- Возраст чаще 20-30 лет.
- пол (среди больных 60—70% женщин, но при bipolarном течении заболевания преобладают мужчины)

Патогенез

- связан с нарушением синаптической передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, которые связаны с формированием таких особенностей психики, как бодрствование, скорость психических реакции, фон настроения, аффективные состояния.
- В центре внимания оказывались аминовые системы дофамина, норадреналина и серотонина.

Для маниакально-депрессивного психоза характерно

- характерно чередование аффективных психотических приступов или фаз и светлых промежутков(интермиссий)средняя продолжительность 3-7 лет.
- отсутствие изменений личности после многократных приступов болезни.
- Продолжительность фаз различна — от нескольких дней до нескольких лет. Средняя продолжительность — 3—6 мес.
- сезонность возникновения фаз. Известно, что у некоторых больных фазы возникают в определенные месяцы, чаще осенью и весной.

Главными проявлениями служат

Депрессивный синдром

- Депрессивная триада: снижение настроения идеаторная заторможенность моторная заторможенность
- Пониженная самооценка,
- пессимизм
- Бред самообвинения, самоуничужения, ипохондрический бред
- Подавление влечений: снижение аппетита снижение либидо избегание контактов, замкнутость обесценивание жизни, стремление к суициду
- Расстройства сна: уменьшение продолжительности раннее пробуждение отсутствие чувства сна
- Соматические расстройства: сухость кожи, снижение ее тур- гора, ломкость волос и ногтей, отсутствие слез забор
- тахикардия и повышение артериального давления расширение зрачка (мидриаз) снижение массы тела

Маниакальный синдром

- Маниакальная триада: повышение настроения ускорение мышления психомоторное возбуждение
- Завышенная самооценка, оптимизм
- Бред величия
- Растормаживание влечений: повышение аппетита гиперсексуальность стремление к общению потребность оказывать помощь окружающим, альтруизм
- Расстройство сна: сокращение продолжительности сна, не вызывающее чувства усталости
- Соматические расстройства не характерны. Больные жалоб не предъявляют, выглядят молодо; повышение артериального давления соответствует высокой активности больных; масса тела снижается при выраженном психомоторном возбуждении

Стадии маниакальной фазы

- 1. Гипоманиакальная
- 2. Выраженной мании
- 3. Неистовства
- 4. Двигательного успокоения
- 5. Реактивная стадия

По тяжести маниакальные состояния могут быть

- легкие — гипомании
- средней выраженности — типичные маниакальные состояния
- тяжелые — мания с бредом величия, мания со спутанностью

Стадии депрессивной фазы

- 1. Начальная
- 2. Стадия нарастающей депрессии
- 3. Выраженной депрессии
- 4. Реактивная

Варианты депрессивных состояний

- тревожно-ажитированную депрессию, при которой наряду с тоской имеет место тревожное возбуждение, определяющее клиническую картину (эти больные особенно опасны в плане совершения суицидальных попыток)
- ипохондрическую депрессию, при которой большое место в клинической картине занимают различные ипохондрические бредовые идеи.
- Бредовая депрессия (синдром Катара)
- Маскированная депрессия — депрессия с преобладанием различных двигательных, чувствительных и вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов.
- Типичный депрессивный приступ проявляется глубоким аффектом тоски и речедвигательной заторможенностью отсутствие аффективного бреда.
- Анестетическая депрессия сопровождается жалобами на бесчувственность

может протекать в виде :

- биполярных приступов (именно маниакально-депрессивный психоз)
- монополярных (монополярный депрессивный психоз и монополярный маниакальный психоз).
- Циклотимия (заболевание с частой сменой неглубоких по выраженности аффективных фаз (гипо- мания и субдепрессия).

Для больных характерно:

- Циклоидный темперамент (открытый, радушный, общительный, эмоциональный, склонный к крайне выраженным эмоциям — от безутешного пессимизма до искрометной, солнечной радости).
- Телосложение данных пациентов описывается как пикническое, с мягкими округлыми пропорциями. Им свойственны избыток массы тела.
- Склонность к нарушениям обмена (подагра, сахарный диабет, холецистит, гипертония).
- Ярко выраженная синтонность (способность к сопереживанию) делает их интересными собеседниками, позволяет до начала болезни успешно продвигаться по служебной лестнице.

Прогноз

- В целом благоприятный (так как фазы болезни заканчиваются полным восстановлением здоровья, социального статуса и трудоспособности)
- Для оценки прогноза имеет значение возраст, к которому относятся начало заболевания (при рано начавшемся заболевании с монополярными маниями к 50—60 годам может наступить выздоровление), клинические проявления первой фазы (Отмечено, если первая фаза маниакальная, то статистически подтверждается монополярное)
- Прогноз при биполярном течении хуже, реже наблюдается выздоровление.

Лечение

- При *депрессии* назначают антидепрессанты (При неэффективности монотерапии применяют сочетание антидепрессанта с литием или карбамазепином (у биполярных больных), бензодиазепинами (особенно алпразоламом), с трийодтиронином, бета-блокаторами, блокаторами кальциевых каналов (нифедипин), психостимуляторами)
- При *мании* наиболее часто назначают нейролептики из группы бутирофенонов (галоперидол) или литий.
- Применяют также электросудорожную терапию (ЭСТ) (Показаниями к ЭСТ являются депрессии, резистентные к психофармакотерапии, а также случаи заболевания с повышенным риском суицида, когда длительная лекарственная терапия нежелательна.
- Депривация сна и психотерапия используются как дополнительные методы.

Профилактика

- При биполярном психозе в период интермиссии применяют литий (в дозах, соответствующих концентрации в крови 0,6—0,9 ммоль/л) или противосудорожные средства (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты).
- При монополярном течении с депрессивными состояниями применяют антидепрессанты
- Профилактическая терапия солями лития эффективна при наличии маниакальных приступов.

Спасибо за внимание!

Литература

1. П.Г. Сметанников Психиатрия: Краткое руководство для врачей 1995г. Санкт-Петербург
 2. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А. Е. Личко, И.И. Сергеев. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 576 с.
- Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 2002. — 544 с.