Министерство образования и науки
Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)

РЕФЕРАТ

«Биполярное аффективное расстройство»
по дисциплине «Введение в клиническую психологию»

Выполнил студент группы № 20501
Кононенко Е.С.
Проверила аспирант каф. ген.

и клин. Психологии В. Б. Обуховская

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зачтено /не зачтено

Томск-2017

Содержание

Введение ……………………………………………………………… 3

Исторические сведения ……………………………………………… 3-4

Клиническая картина ……….….…………………………………… 4-5

Фазы биполярного аффективного расстройства ……..……………. 6-9

Лечение ……………………………………………………………….. 9-10

Список литературы …………………………………………………... 11

**Введение**

Биполя́рное аффекти́вное расстройство (сокр. БАР; ранее — маниака́льно-депресси́вный психо́з) — эндогенное психическое заболевание, проявляющееся в виде аффективных состояний — маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных, а иногда и смешанныхсостояний, при которых у больного наблюдаются быстрая смена симптомов мании (гипомании) и депрессии, либо симптомы депрессии и мании одновременно (например, тоска со взвинченностью, беспокойством либо эйфория с заторможенностью — так называемая непродуктивная мания — или другие). Возможны многообразные варианты «смешанных» состояний.

Эти состояния, называемые эпизодами или фазами заболевания, периодически сменяют друг друга, непосредственно или через «светлые» промежутки психического здоровья (интермиссии, называемые ещё интерфазами), без или почти без снижения психических функций, даже при большом числе перенесённых фаз и любой продолжительности болезни. В интермиссиях психика и личностные свойства больного полностью восстанавливаются

**Исторические сведения**

Впервые как самостоятельное заболевание биполярное аффективное расстройство было описано в 1854 году почти одновременно двумя французскими исследователями Ж. П. Фальре, под названием «циркулярный психоз», и Ж. Г. Ф. Байярже, под названием «помешательство в двух формах». Однако в течение почти полувека существование этого расстройства не признавалось психиатрией того времени и своим окончательным выделением в отдельную нозологическую единицу обязано Э. Крепелину (1896). Крепелин ввёл для него наименование маниакально-депрессивный психоз (МДП), которое длительное время было общепринятым, но со вступлением в действие в 1993 году классификатора МКБ-10 его принято считать не вполне корректным, поскольку данное заболевание отнюдь не всегда сопровождается психотическими нарушениями, и не всегда при нём наблюдаются оба типа фаз (и мании, и депрессии). Кроме того, термин «маниакально-депрессивный психоз» является в определенной степени стигматизирующим по отношению к больным. В настоящее время для данного заболевания принято в США и рекомендовано ВОЗ более научно и политически корректное наименование «биполярное аффективное расстройство», сокращенно БАР.

До настоящего времени в психиатрии нет единого определения и понимания границ данного расстройства, что связано с его клинической, патогенетической, и даже нозологической гетерогенностью

Классификация

C клинической и прогностической точек зрения наиболее предпочтительной является классификация биполярного расстройства в зависимости от преобладания в клинической картине того или иного полюса маниакально-депрессивной симптоматики: на униполярные варианты (маниакальные либо депрессивные), биполярные с преобладанием (гипо)маниакальных либо депрессивных фаз, а также отчетливо биполярные, с примерным равенством фаз.

Можно выделить следующие варианты разновидности течения БАР:

* униполярные:

периодическая мания — чередуются только маниакальные фазы;

периодическая депрессия — чередуются только депрессивные фазы;

синдромальные классификаторы МКБ-10 и DSM-IV относят этот вариант к

рекуррентной депрессии, хотя нозологически это выделение может быть и

неоправдано;

* правильно-перемежающийся тип течения — через «светлые» промежутки, интермиссии, маниакальная фаза сменяет депрессивную, а депрессивная — маниакальную;
* неправильно-перемежающийся тип течения — через «светлые» промежутки маниакальные и депрессивные фазы чередуются без строгой очерёдности (после маниакальной фазы может вновь начаться маниакальная и наоборот);
* двойная форма — непосредственная смена двух противоположных фаз, после чего следует интерфаза;
* циркулярный тип течения (лат. psychosis circularis continua C. C. Корсакова) — при «правильном» чередовании фаз отсутствуют интермиссии.

**Клиническая картина**

Количество фаз, возможных у каждого больного, непредсказуемо — расстройство может ограничиться только одной фазой (мании, гипомании или депрессии) за всю жизнь, может проявляться только маниакальными, только гипоманиакальными или только депрессивными фазами или же их сменой с правильными или неправильным чередованием.

Длительность фаз колеблется от нескольких недель до 1,5—2 лет (в среднем 3—7 месяцев), длительность «светлых» промежутков (интермиссий или интерфаз) между фазами может составлять от 3 до 7 лет; «светлый» промежуток может совсем отсутствовать. Атипичность фаз может проявляться непропорциональной выраженностью стержневых (аффективных, моторных и идеаторных) расстройств, неполным развитием стадий внутри одной фазы, включением в психопатологическую структуру фазы навязчивых, сенестопатических, ипохондрических, гетерогенно-бредовых (в частности, параноидных), галлюцинаторных и кататонических расстройств.

**Фазы биполярного аффективного расстройства**

*Маниакальная фаза* представлена триадой основных симптомов:

* повышенное настроение (гипертимия)
* двигательное возбуждение
* идеаторно-психическое возбуждение (тахипсихия)

В течении «полной» маниакальной фазы выделяют пять стадий.

* Гипоманиакальная стадия (F31.031.0по МКБ-10) характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъёма, физической и психической бодрости. Речь многословная, ускоренная, падает количество смысловых ассоциаций с нарастанием механических ассоциаций (по сходству и созвучию в пространстве и времени). Характерно умеренно выраженное двигательное возбуждение. Внимание характеризуется повышенной отвлекаемостью. Характерна гипермнезия. Умеренно снижается продолжительность сна и повышается аппетит.
* Стадия выраженной мании характеризуется дальнейшим нарастанием выраженности основных симптомов фазы. Больные непрерывно шутят, смеются, на фоне чего возможны кратковременные вспышки гнева. Речевое возбуждение выраженное, достигает степени скачки идей (лат. fuga idearum). Выраженное двигательное возбуждение, выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются бредовые идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные проекты, проектируют безумные конструкции. Длительность сна снижается до 3—4 часов в сутки.
* Стадия маниакального неистовства характеризуется максимальной выраженностью основных симптомов. Резко двигательное возбуждение носит беспорядочный характер, речь внешне бессвязна (при анализе удаётся установить механически ассоциативные связи между компонентами речи), состоит из отрывков фраз, отдельных слов или даже слогов.
* Стадия двигательного успокоения характеризуется редукцией двигательного возбуждения на фоне сохраняющегося повышенного настроения и речевого возбуждения. Интенсивность двух последних симптомов также постепенно снижается.
* Реактивная стадия характеризуется возвращением всех составляющих симптомов мании к норме и даже некоторым снижением по сравнению с нормой настроения, лёгкой моторной и идеаторной заторможенностью, астенией. Некоторые эпизоды стадии выраженной мании и стадия маниакального неистовства у больных могут амнезироваться.

Для определения тяжести выраженности маниакального синдрома используется оценочная шкала маний Янга.

*Депрессивная фаза* представлена противоположной маниакальной стадии триадой симптомов: подавленным настроением (гипотимия), замедленным мышлением (брадипсихия) и двигательной заторможенностью. В целом БАР чаще проявляется депрессивными, нежели маниакальными состояниями. В течение депрессивной фазы выделяют четыре стадии.

* У больных исчезает аппетит, пища кажется безвкусной («как трава»), больные теряют в весе, иногда значительно (до 15 кг). У женщин на период депрессии исчезают менструации (аменорея). При неглубокой депрессии отмечаются характерные для БАР суточные колебания настроения: самочувствие хуже с утра (просыпаются рано с чувством тоски и тревоги, бездеятельны, безразличны), к вечеру несколько повышается настроение, активность. С возрастом в клинической картине депрессии все большее место занимает тревога (немотивированное беспокойство, предчувствие, что «что-то должно случиться», «внутреннее волнение»).
* Начальная стадия депрессии проявляется нерезким ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление умеренных расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности. Для всех стадий течения депрессивной фазы характерно улучшение настроения и общего самочувствия в вечерние часы.
* Стадия нарастающей депрессии характеризуется уже явным снижением настроения с появлением тревожного компонента, резким снижением физической и психической работоспособности, двигательной заторможенностью. Речь медленная, немногословная, тихая. Нарушения сна выливаются в бессонницу. Характерно заметное снижение аппетита.
* Стадия выраженной депрессии — все симптомы достигают максимального развития. Характерны тяжёлые психотические аффекты тоски и тревоги, мучительно переживаемые больными. Речь резко замедленная, тихая или шёпотная, ответы на вопросы односложные, с большой задержкой. Больные подолгу могут сидеть или лежать в одной позе (т. н. «депрессивный ступор»). Характерна анорексия. На этой стадии появляются депрессивные бредовые идеи (самообвинения, самоуничижения, собственной греховности, ипохондрические). Также характерно появление суицидальных мыслей, действий и попыток. Суицидальные попытки наиболее часты и опасны в начале стадии и на выходе из неё, когда на фоне резкой гипотимии отсутствует выраженная двигательная заторможенность. Иллюзии и галлюцинации редки, однако они могут быть (главным образом слуховые), чаще в виде голосов, сообщающих о безнадёжности состояния, бессмысленности бытия, рекомендующих покончить с собой.
* Реактивная стадия характеризуется постепенной редукцией всех симптомов, некоторое время сохраняется астения, но иногда, наоборот, отмечается некоторая гипертимия, говорливость, повышенная двигательная активность.

Варианты течения депрессивной фазы

* простая депрессия — триада депрессивного синдрома без бреда;
* ипохондрическая депрессия — депрессия с аффективным ипохондрическим бредом;
* бредовая депрессия (см. «синдром Котара»);
* ажитированная депрессия характеризуется отсутствием или слабой выраженностью двигательной заторможенности;
* анестетическая депрессия характеризуется наличием явления болезненной психической нечувствительности (лат. anaesthesia psychica dolorosa), когда больной утверждает, что совершенно утратил способность любить близких, природу, музыку, утратил вообще все человеческие чувства, стал абсолютно бесчувственным, причём эта утрата глубоко переживается как острая душевная боль.

**Лечение**

Лечение БАР представляет собой сложную задачу, так как требует детального понимания психофармакологии.

Депрессивная фаза. При лечении биполярной депрессии антидепрессантами необходимо учитывать риск инверсии фазы, то есть перехода больного из депрессивного состояния в маниакальное или в смешанное, что может ухудшить состояние пациента и, что более важно, смешанные состояния очень опасны в плане суицида. Решающую роль играют антидепрессанты, которые подбираются с учётом особенностей депрессии. При наличии симптомов классической меланхолической депрессии, при которой на первый план выходит тоска целесообразно назначение сбалансированных антидепрессантов, занимающих промежуточное положение между стимулирующими и седативными, например таких, как пароксетин (он, как показывают исследования, среди препаратов класса СИОЗС больше, чем другие, подходит при классической меланхолической депрессии), кломипрамин, который относится к трициклическим антидепрессантам и является одним из самых мощных АД, циталопрам, венлафаксин, флувоксамин и др.  Лечение антидепрессантами необходимо сочетать со стабилизаторами настроения — нормотимиками или атипичными антипсихотиками.

Маниакальная фаза. Основную роль в лечении маниакальной фазы играют нормотимики (препараты лития, карбамазепин, вальпроевая кислота. Однако для быстрого устранения симптомов в некоторых случаях возникает необходимость в антипсихотиках, причём приоритет отдаётся атипичным: с применением классических антипсихотиков связан значительно больший риск не только депрессии и нейролептик-индуцированного дефицитарного синдрома, но и экстрапирамидных нарушений, к которым больные БАР особенно предрасположены.

Список литературы:

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для студентов мед. вузов /Б.Д. Карвасарский . - С-Пб. – Питер. - 1999.

2. Бауэр М. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. - М.: Алетейа. - 1999. – 504 с.

3. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1998. — 528 с.

4. Снежневский А. В., Смулевич. А. Б., Тиганов А. С., Вартанян М. Е., и др. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ // Справочник по психиатрии / Редактор-составитель: В. Д. Москаленко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.