

Қазақстан – Ресей Медицина Университеті

Маниакальды депрессивті психоз.

Орындаған: Қожағұл .Г.С

Тобы: 507”Б”

Қабылдаған: Жусупова
Э.Т.

Маниакальды-депрессивті психоз – өзін-өзі тиісті емделуіне анықталмаған, ұстама тәрізді, айқын эмоциональды бұзылыстармен көрінетін психикалық ауру, ереже бойынша, ол бұзылыстар өткеннен кейін науқастың дертті күйге дейінгі өзіне тән психикалық жағдайы толық қалпына келеді және тұлға өзгерістері пайда болмайды (ұстамалар санына тәуелсіз).

Маниакальды-депрессивті психоздың клиникалық көріністерінің ерекшеліктері

Маниакальды-депрессивті психоз (МДП) өткен жүзжылдықта дербес ауру ретінде Е. Крепелинмен ажыратылды.

МДП – дың негізгі көріністері депрессивті және маниакальды күйлер болып табылады. Осы күйлердің әрқайсысының өзіне тән клиникалық көріністері бар: эмоциональды өзгерістер, интеллектуальды үрдістер ағымының қарқыны және белгілі бір психомоторлық құбылыстар. Депрессивті күйде науқастың көңіл – күйі төмен, барлық психикалық үрдістер ағымы, сондай – ақ қимылдық көріністер баяулаған, ал маниакальды күйде көңіл – күй көтеріңкі, психикалық үрдістердің ағымы жылдамдаған, іс-әрекетке талпыныстың жоғарылауы байқалады. Бұл аталған көріністер әлсіз айқындылық дәрежесінен өте айқын дәрежеге дейін байқалуы мүмкін. Сонымен, субдепрессия жағдайында науқастар жабырқау көңіл-күйге, жеңіл қажу күйіне, ойын жинақтау қиындығына шағымданады. Әлем көңілсіз болып көрінеді. Кейде аффективті патология әртүрлі сенестопатиялар, ағза қызметінің бұзылыстары түрінде дамиды. Сандырақ идеялар, терең депрессия күйі байқалмайды. Гипомания кезінде аздап көңіл–күй көтеріңкі және психомоторлы белсенділік артады.



Рис. 1. Трехчастная модель депрессии в общесоматической сети

Олар өмірге құштар, әрекетшіл, өздерін жоғары бағалайды, кейде өткір, тітіркенгіш болып келеді. Дегенмен олардың әрекеті өнімді болып қалады, және жиі қызметін жалғастыра береді. Депрессивті және маниакальды күйлер бірден пайда болмайды, олар белгілі бір кезеңдерден өтіп дамиды, дегенмен маниакальді аффект депрессивті аффектпен салыстырғанда жылдам дамиды. МДП салыстырмалы түрде кеш басталады.

Науқастанғандардың орта жасы 35 – 40 жас. МДП әйелдер жиі шалдығады. МДП – ң таралуы 5000 – 10000 тұрғынға шаққанда 1 науқасты құрайды. Бұл дерт көзге көрінбейтін себептерден немесе қандай да бір зиянды фактордың әсерінен кейін дамуы мүмкін. Дерт депрессивті күйден де, сондай – ақ маниакальды күйден де басталуы мүмкін. Ұстамалардың ұзақтығы әртүрлі, олар бір аптадан бірнеше айға дейін созылуы мүмкін. Ереже бойынша, ұстама науқастың сауығыуымен, психикалық бұзылыстардың жойылуымен аяқталады, бірақ арада бірнеше уақыт өткеннен кейін науқастарда аффективті бұзылыстар қайта дамиды.

Депрессивті күйлер

Депрессивті күйдің дамуы, алғашында физикалық бұзылыстар басымдылығымен, содан соң психикалық бұзылыстардың да көрінуімен жалпы дискомфорт сезімінен басталады. Содан соң жүрек аймағында, көкірек тұсында физикалық мұң сезімімен төмен көңіл – күй дамиды. Бұл сезімдер науқастармен басу, қысым, ауру сезімі ретінде суреттеледі. Кейде өздерінің эмоциялық бұлыстарын сезімсіздік күйі ретінде түсінеді. Сонымен қатар олар ойлау қабілетінің баяулағандығын, болып жатқан жағдайлар мен құбылыстарды түйсінудегі қиындықтарды байқайды. Науқастардың бет ажары мұңлы, қозғалыстары мен сөзі баяуланған.

Мұң сезімі, психикалық көріністердің баяулауы және қозғалыстық реакциялардың тежелуі, депрессияның белгілері болып табылады. Бұл кезде науқастардағы қозғалыстың тежелу күйі субступор және ступор (депрессивті ступор) деңгейіне жетуі мүмкін, бірақ кататониялық ступормен науқастардан айырмашылығы олар сұрақтарға әрқашан біртекті болса да жауап қайтара алады. Науқастар туыстарына, жақындарына деген эмоциялық үйірлігін, қоршаған ортамен эмоциональды үндестігін жоғалтқанына шағымданып, осыған аса ауыр күйзеледі. Өзінің күйін суреттуге келгенде дәрігерлерге олардың күйін түсіну қиын тәрізді көрініп, кейде көп сөйлеп кетеді.

Эндогенные психические расстройства

Шизофрения



Маниакально-депрессивный психоз



Депрессивті күйлер басқа да психопатологиялық өзгерістермен қатар жүреді. Науқастарға қатысты жайлар көмескі бояумен қабылданады. Өз өміріндегі жеке жағдайлар мен ұсақ тірліктерді олар өзін - өзі кінәлау және өзін-өзі кемсіту идеяларын құруға қолданады. Мұндай идеялар аса бағалы, сондай – ақ сандырақ сипатын да алуы мүмкін. Науқастардың ойынша, олар өзінің жасаған қылмысы үшін сот алдында жауап беру керектігін айтады және өте қатал жаза қолдану қажет деп есептейді. Науқастардың күйінде айқын тәуліктік тербелістер байқалады. Кешкі мезгілде таңертеңгі уақытпен салыстырғанда олар жеңілдік сезінеді. Депрессивті күйлер соматовегетативті бұзылыстармен қатар жүреді: іш қатулар, шырышты қабаттардың құрғауы, тәбет бұзылыстары және т.б. Депрессияның мұндай күрделенген түрі қазіргі таңда өте сирек кездеседі. Әдетте депрессиялық күйлерде депрессияның қандай-да бір компонентінің басымдылығы байқалады, осыған сүйеніп депрессивті синдромның белгілі бір варианты жөнінде айтуға болады. Депрессивті синдром варианттарын бөлудің ортақ белгілеріне депрессивті күйдегі психопатологиялық құрылымның типті немесе атиптілігі жатады.

Типті депрессивті күйлер ішінде ең алдымен *анестетикалық депрессияны* ажыратамыз. Мұндай күйдегі науқастар өздерінің сезімсіздігіне шағымданады, олардың айтуынша өзге адамдардың сезімдері қызықтырмайды, қоршаған өмірде болып жатқан жайттар оларда қуаныш та, реніш те тудырмайды, науқастар «жаным жоқ» немесе жүрегім «мұз тәрізді суық» деп есептейді. Кейде бұл сезімдер *anaesthesia psychica dolorosa* (жанға бататын психикалық сезімсіздік) дәрежесіне дейін жетеді. Мұндай жағдайда науқастар өз күйлеріне қатты күйзеледі. Науқастар өзінде қандай болмасын сезім тудыру үшін өз денесіне терең тілімдер немесе басқа да зақымдар жасаған оқиғалар орын алған. Дегенмен жиі анестетикалық депрессия қоршаған ортаға немқұрайлы, селқос қатынаспен көрініс береді (бұл күйді шизофрениямен науқастардағы эмоциональды кедейлену жағдайымен шатастырмау керек).

Маниакальды күйлер

Маниакальды күй дамуының алдында күш ағыны, жоғары сөзшендік, әрекеттілік, белсенділік артуымен сипатталатын гипоманиакальды аффект көрініс береді. Мұндай күйдегі науқастар ерекше ішкі шабытты сезінеді, олар көңілді, жиі күледі, күшті тәбеттерімен ерекшеленеді, аз ұйықтайды, тәулігіне 5 – 6 сағат ұйықтаса да өзін сергек, қуатты сезінеді.

Науқастарда маниакальды күй белгілер триадасымен сипатталады: көтеріңкі көңіл – күй, ойлау үрдісінің жылдамдаған ағымымен, қимыл – қозғалыстық белсенділіктің артуы. Науқастар әр нәрсеге кірісіп кетеді, түрлі жоспарлар құрады. Айқын байқалатын маниакальды күйлерде аса алаңдағыштық әсерінен олардың әрекеттерінің мақсаттылығы жоғалады, қимылдық қозу күшейе түседі. Бұл жағдайда науқастар өздерін жоғары бағалайды. Өздерінің керемет қабілеттілігі, дарындылығын жариялайды. Кейбір жағдайларда ұлылық сандырақтық идеялары дамуы мүмкін (шығармашылдық, реформаторлық). Дегенмен маниакальды күйдегі науқастардың сандырақтық идеялары олардың аффективті күйлермен тығыз байланысты.



Психикалық күйі: әңгімеге белсенді қатысады, сөзде монолог сипатында, өз инициативасы бойынша сөйлейді, дәрігердің сөзін бөле береді. Сөзі жылдамдаған, қатты дауыспен сөйлейді, мәнерлі, жүріс-тұрысы жасанды түрде балаларға тән сипатта. Көңіл – күйі көтеріңкі, тітіркенгіштікке тез ауысады, «анасы мен әкесінің» алдында кінәлімін дейді. Жоғары алаңдағыштық байқалады: ассоциация бойынша бір тақырыптан екінші тақырыпқа ауытқып отырады. Өзін күйіне сыни көзқараспен қарайды, он «күлкілі» жағдай деп атап, оған жедел түрде көмек көрсетуді сұранады, ем және зерттеу үрдісіне белсенді кірісіп кетті. Бөлімшеде науқастармен тез танысып, араласып кетті, өлеңдерін ләззат ала оқиды, кейде өлеңдерінің сипаты құлаққа оғаш, кей тітіркенгіш, ызалы күйге түседі. Ем нәтижесінде сабырлана түсіп, өзінің әрекеттерін реттей алатын жағдайға жетті.

Атипті маниакальды күйлердің ішінен көңілді манияларды (бірінші кезекте көңілді, көтеріңкі көңіл күй), өнімсіз манияларды (науқастар әртүрлі істерге кіріседі, бірақ олардың біреуін де аяғына дейін жеткізбейді), шатасқан манияларды (идеялар секірмелілігімен идеаторлы қозу айқын байқалады), ызалы манияларды (жоғары тітіркенгіштікпен, ызамен жүреді) ажыратады.



Емі және профилактикасы

Психотропты заттар маниакальды және депрессивті бұзылыстарды бақылап, басқарып отыруға мүмкіндік береді. Маниакальды қозуды басу үшін түрлі нейрорептиктерді қолдануға болады. Олар әдеттегі дозада таблетка және инъекция түрінде беріледі. Гипоманиакальды күйде бензодиазепин тобының транквилизаторлары тиімді әсер көрсетуі мүмкін. Олар тек психомоторлы қозуды басып қана қоймайды, сонымен қатар ұйқыны қалыптастырады.

Депрессия кезінде антидепрессанттар тағайындау көрсетілген. Таза (қозусыз) депрессия жағдайында моноамиоксидаза ингибиторлары тиімді, үрейлі депрессия кезінде - транквилизаторлық әсері бар антидепрессанттарды нейрорептиктермен бірге беру эффективті. Мұндай үйлестіру МДП – дың атипті түрлерінде, ұстамалар құрамында аффективті бұзылыстардан өзге, галлюцинаторлы, сандырақтық құбылыстар орын алғанда қоладылады. Депрессияның жеңіл формаларында, әсіресе бұл күйлер үреймен қосарланған жағдайларда транквилизаторды қолданған дұрыс.

Депрессивті күйлерде үнемі ұйқы бұзылысы бақыланады. Мұндай жағдайда ұйықтататын препараттар тағайындау көрсетілген: эуноктин және т.б. МДП емінде литий тұздары кеңінен қолданылады. Олар ұстама кезеңінде де және ұстама аралық кезеңдерде де профилактикалық мақсатта қолданылады. Бұл препараттардың маниакальды күйдің алдын-алуда тиімділігі жоғары.

Кейбір науқастарда, әсіресе депрессивті науқастарда түрлі антидепресанттарды қолдану нәтижесіз болады (резистентті түрлері). Бұл жағдайда препаратты бірден алып тастау керек. 1 – 2 апта бойы науқас бір мезгілде тоқтатылатын препараттардың төмен дозасын қабылдайды. Препаратты тоқтатқаннан кейін бірнеше күн өткен соң (науқастың жағдайына байланысты) препаратты беруді аз дозадан қайта бастайды. Төзімділікті қайтара алмаған жағдайда осындай тоқтатуларды аздаған аралықтардан кейін қайталап отыру қажет. Төзімділікпен күрес үшін 3 – 5 инъекция мөлшерінде сульфазинотерапия курсы қолдану көрсетілген (науқастың соматикалық жағдайы көтерген жағдайда).