

Лекция №8

- **Аффективные расстройства**
- **Маниакально-депрессивный психоз (биполярное аффективное расстройство)**
- Клинические варианты
- Психические и соматические дисфункции в маниакальной и депрессивной фазах
- **Соматизированная депрессия**
- Дифференциально-диагностические критерии
- Лечение
- **Шизоаффективный психоз**

- В психиатрии МДП определяют как группу психических дисфункций с фазовым течением, ведущим симптомом которых являются повышение или понижение настроения.
- Традиционно это заболевание относят в группу эндогенных психозов.
- Их этиология остается невыясненной, существует гипотеза о её неоднородности.

- В отличие от шизофрении, МДП имеет более благоприятный прогноз (в связи с редуцией психопатологической симптоматики по окончании фаз).

Типы МДП:

- биполярный (МДП в узком смысле)
- монополярный (депрессивный или маниакальный)

- Под термином «фаза» при МДП понимают возникновение ограниченного во времени психопатологического состояния, симптоматика которого по ее окончании исчезает.
- Продолжительность отдельных фаз может варьировать от нескольких дней, до нескольких лет (в среднем продолжительность депрессивных фаз - 3-6 месяцев).

- **Отличительная особенность МДП** - зависимость начала фазы от времени года (чаще фазы начинаются в определенном месяце - обычно осенью, реже - весной).
- Число фаз значительно варьирует, крайним случаем является монофазное течение (у больного наблюдается единственный приступ), у некоторых больных - фазы ежегодно, описаны больные с ежедневной сменой фаз.

- Психопатология МДП характеризуется нарушениями в сферах:

1. Настроения:

- скорость психических процессов,
- волевая деятельность.

2. Мышления:

- дисфункции формальные и по содержанию.

3. Психомоторики.

4. Соматики:

- вегетативные дисфункции и т.д.

- Маниакально-эндогенный и депрессивно-эндогенный синдромы отличаются противоположностью симптоматики.

Эндогенный депрессивный синдром

- Болезненно сниженное настроение (вплоть до меланхолии с унынием).
- Его отличительные характеристики при МДП:
 1. беспричинность
 2. устойчивость к внешним воздействиям («невозможно развеселить»)
- под влиянием резкого снижения настроения - часто возникают идеи виновности, греховности и т.д.

Нарушения мышления:

1. Формальные - снижение темпа мышления, замедление ассоциативных процессов.
2. Содержательные - постоянно повторяющиеся, однообразные идеи (грехов, ошибок, вины и т.д.).
 - Поскольку они не считают себя психбольными, их трудно в таких идеях разубедить.
 - В связи с наличием аффекта страха - содержание мышления часто имеет ипохондрический характер.
 - Чувство неполноценности - увеличивает риск суицида.

3. Психомоторика - обычно определяется торможением, (скорбная мимика, застывшая, движения замедлены), в некоторых случаях может переходить в возбуждение + суицид (см далее).

4. Соматические дисфункции - снижение витального тонуса (снижение веса, отсутствие аппетита, сухость во рту, запоры, снижение либидо, утомляемость, снижение тургора кожи, колебания АД, «ком в горле» и т.д.

Клинические варианты:

- **Чистая меланхолия** (основной синдром МДП)
- Главный симптом - дистимия с апатией, реже - с немотивированными страхами,
- производящими впечатление растерянности.
- Часто чистая картина меланхолии обозначается как «заторможенная депрессия». Однако такая заторможенность никогда не достигает степени ступора (лишь замедленность речи, мимики, движений и т.д.).
- Торможение мыслительных процессов - не сразу осознают вопросы, отвечают с задержкой, с трудом подбирают слова и выражения, (в целом производят обманчивое впечатление снижения интеллекта).

При чистой меланхолии

- часты различные «предчувства»,
- чувство отчуждения,
- собственной «изменённости»,
- малоценности,
- снижается возможность использовать положительный жизненный опыт,
- телесные симптомы «общего снижения витальности».

Тревожно-ажитированная депрессия - отличается от чистой меланхолии явной «драматичностью» поведения.

- Настроение снижено,
- темп мышления замедлен,
- преобладают немотивированный страх и двигательное возбуждение:
 - мечутся,
 - стонут,
 - бьют себя по голове,
 - головой о стену,
 - жестикулируют,
 - высказывают нигилистические идеи.
- Высокий риск суицида.

Ипохондрическая депрессия.

- Четко выражены телесные ощущения - как правило не имеет четкой локализации и _____
- несравнимы с болезненными ощущениями при органических заболеваниях («нервы набухли», «желудок высох», «печень изъедена» и т.д.).
- Иногда они меняются как в течение заболевания, так и в ходе приступа.
- Неприятные ощущения больных не носят характера галлюцинаций, не воспринимаются как результат воздействия извне (как это бывает при шизофрении).

- Наличие ипохондрических опасений, которые иногда становятся элементами самообвинения.
- В таких случаях вероятность суицида очень высока, больные наносят себе повреждения тех частей тела, где усилены неприятные ощущения.
- Очень своеобразны симптомы отчуждения:
 - с одной стороны, больные красочно описывают свои неприятные ощущения,
 - с другой - чувствуют себя не в состоянии воспринимать мир («еда не имеет вкуса», «осязание работает не как раньше» и т.д.)

По сравнению с заторможенной и тревожно-ажитированной депрессиями:

- С одной стороны дистимия менее выражена
- С другой - состояния могут быть очень затяжными

- **Ларвированная (вегетативная) депрессия:**
 - на первом месте в клинической картине -
 - соматические симптомы, причем еще сильнее, чем при ипохондрической.
 - Симптомы типа депрессивного настроения-отходят на задний план.
 - Жалобы на вегетативные дисфункции и общее недомогание имеют сходство с вегетативными невротическими дисфункциями и другими вегетативными синдромами в рамках органических заболеваний.

- По-видимому, ларвированную депрессию необходимо рассматривать не как легкую форму эндогенной депрессии, а как промежуточный вариант между эндогенными депрессиями и депрессиями другой этиологии.
- Жалобы (кроме того) носят своеобразный характер, производя иногда впечатление истерических.
- Доказательством эндогенной природы этого заболевания служит успешность его лечения антидепрессантами.

Эндогенный маниакальный синдром

- Симптоматика определяется:
 - Повышенным настроением
 - Ускорением ассоциативных процессов и темпа мышления
 - Психомоторным возбуждением
 - «положительными» изменениями в области вегетатики и общего физического тонуса.

Клинически

- Обычно характеризуется эйфорией, не только не имеющей причины, но и часто утрировано несоответствующей жизненной ситуации больного.
- Попытки объяснить больному неадекватность его настроения - безрезультатны, могут вызвать неприязнь.
- Дисфункции мышления: носят в основном формальный характер, сводясь к ускорению темпа.
- По содержанию - переоценка собственной личности, сверхценные идеи величия и т.д.
- Может быть скачка идей, повышенная отвлекаемость, сбивчивость, непоследовательность мышления может иногда достигать степени бессвязности.
- Мимика, жесты - театральны.

Вегетативные функции и физическая работоспособность:

- выглядят помолодевшими,
- тургор кожи высокий,
- снижена потребность во сне,
- увеличено либидо,
- без лечения через несколько недель или месяцев - может наступить состояние изнеможения.

Веселая мания (чистая мания)

- повышенное настроение в виде эйфории, переоценка себя, положительное витальное самочувствие.
- Остальные психопатологические дисфункции мало выражены (на окружающих производят впечатление веселых, обаятельных людей).

Мания со сменой идей и спутанная мания:

- преобладают нарушения мышления,
 - ускорение ассоциативных процессов,
 - сбивчивость, непоследовательность мышления,
- (что затрудняет дифференцировку с некоторыми формами шизофрении).

■ **Экспансивная мания**

- ускоренное протекание психических процессов сочетается со сверхценными идеями величия, чрезмерным стремлением к деятельности.
- больные хлопотливы,
- часто беспечно относятся к своим денежным возможностям, оказываются банкротами, теряют социальный статус.

Раздражительная (гневливая) мания:

- ускорение протекания психических процессов,
- психомоторное возбуждение,
- сверхценные идеи
- раздражительность, придирчивость, гневливость, иногда - агрессивные действия.

Дифференциальная диагностика

- Отличить МДП от реактивной депрессии часто бывает сложно если больной подвергался воздействию неблагоприятных психогенных факторов (они м.б. провоцирующими как для экзогенной, так и для эндогенной депрессии).
- **Доказательством эндогенности** являются:
 - генетическая предрасположенность, стойкость к внешним психическим воздействиям,
 - суточные колебания настроения.

- **Дифдиагностика** эндогенного маниакального синдрома - несложна, если у больного повышенный фон настроения, а в его анамнезе есть фаза эндогенной депрессии или мании;
- трудности составляют маниакальные состояния, в которых повышенное настроение отходит на второй план.
- Иногда - необходимо учитывать сходство с определенными формами шизофрении.
- Трудно и отграничение от циклоидных психозов (течение со светлыми промежутками) – в таких случаях диагноз ставится на основании анализа психопатологической симптоматики.

Лечение МДП

Лечение подразделяется на:

- активную терапию (купирование фазы) и
- профилактическую (предупреждение рецидивов, удлинение ремиссии).

Монополярные формы.

Монополярный депрессивный психоз:

- антидепрессанты седативного и сбалансированного действия (предпочтительны антидепрессанты II поколения):
 - гефронал, пиразидол, лудиамил, -150-250 мг/сут;
 - флуоксетин (20 мг/сут).
- Трициклические - менее эффективно, назначение в умеренных дозах (до 150 мг).
- Хороший терапевтический эффект дает сочетание антидепрессантов с «малыми» нейролептиками седативного действия:
 - хлорпротиксен - до 150 мг, терален - до 30 мг/день
- или с транквилизаторами:
 - фенозепам - до 6 мг, элениум - до 30 мг, седуксен - до 30 мг.

При **монопольярном маниакальном психозе**, эффективны:

- Производные бутирофена:
 - галоперидол 9мг/сут, триседил 150 мг/сут;
- нейролептики фенотиазинового ряда (с седативным действием).
- Продолжительность активной терапии - 4-5 месяцев.

Биполярный психоз

Депрессивная фаза купируется применением больших доз трициклических антидепрессантов стимулирующего или сбалансированного действия:

- миансерин - до 210 мг.
- Реже используется сочетание антидепрессантов с нейролептиками, как правило стимулирующего действия:
 - трифтазин - до 5-10 мг,
 - эглонил - до 600 мг/сут.

Лечение маниакальной фазы зависит от ее синдромальной структуры:

- Если мания сочетается с усиленным психомоторным и идеаторным возбуждением, то более эффективна терапия:
 - внутримышечно нейролептики выраженного седативного действия с постепенным увеличением суточной дозы (галоперидол - до 15 мг.).
- Если при маниакальной фазе есть конгруэнтные бредовые дисфункции - наряду с вышеуказанными надо применять нейролептики выраженного антипсихотического действия.

Профилактическая и поддерживающая терапия

Монополярный депрессивный психоз

- Есть данные о положительном действии верапамила (240 - 480 мг/сут).
- Очень важны:
 - редукция влияния неблагоприятных экзогенных факторов,
 - установление позитивной микросоциальной среды,
 - использование приемов индивидуальной психотерапии.

Шизоаффективный психоз

- непрогредиентное эндогенное психическое заболевание, с относительно благоприятным прогнозом, периодически возникающими приступами, в картине и динамике которых сосуществуют или непосредственно развиваются циркулярные аффективные дисфункции (депрессивные, маниакальные, смешанные) эндогенного характера и невыводимые из аффекта свойственные шизофрении психотические симптомы (бредовые, галлюцинаторные).

- МКБ-10 рассматривает шизоаффективный психоз не как заболевание, а как «эпизодические приступообразные расстройства» (состояния) при которых представлены аффективные шизофренические синдромы.

В клинической практике состояния, соответствующие шизоаффективному психозу диагностировались как:

- 1) остаточная шизофрения;
 - 2) периодические психозы;
 - 3) циклоидный психоз;
 - 4) психогенная шизофрения,
- причем одни психиатры считали эти состояния более близкими к шизофрении, другие - к аффективным психозам.

Клинические проявления и разновидности:

- I. **Аффектодоминантная форма** – сочетание аффективных расстройств с неаффективным острым чувственным бредом (от бреда восприятия до бреда воображения).
- II. **Шизодоминантная форма** – в картине манифестного приступа:
 - собственно аффективные дисфункции не более 1-3 недель,
 - период бредовых дисфункций более длительный, более 3-4 недель;
 - общая длительность приступа - 4-6 месяцев.

Аффективные фазы - как правило биполярные, реже сдвоенные, первая в их серии и более глубокая - как правило депрессивная.

- Манифестный шизоаффективный приступ - как правило развивается после экзогенной (психогенной или соматической) провокации, реже - аутохтонно.
- Длительность:
 - а. аффективных расстройств может быть:
 - в манифестном состоянии - от 1,5 месяцев до 3 лет,
 - в среднем более 6 месяцев,
 - б. бредовых - от 2 дней до 3 недель (в среднем - 2 недели).

Характер бреда:

- а) острый чувственный бред (бредовое настроение; развитие бреда инсценирования; бред символического значения).
- б) наглядно-образный бред воображения (образные, пластичные односложные картины, как правило, фантастического содержания).
- в) интеллектуальный бред воображения (только на фоне маниакального аффекта - маниакальный бред - острое развитие, подвижность, обратимость, синдромальная незавершённость).

Шизофренические дисфункции



представлены в большем объеме, как правило вариантами синдрома Кандинского - Клерамбо:

- а) острый бред восприятия с элементами интерпретативного;
- б) вариант острого параноидного психоза, наглядно - образный бред с элементами интерпретации;
- в) острый интерпретативный бред с элементами чувственного.

Дифференциальный диагноз:

1) от аффективного психоза:

- наличие первичных невыводимых из аффекта бредовых расстройств, несоответствующих аффекту и имеющих отличие от аффективных образований;

2) от рекуррентной шизофрении:

- непрогредиентность заболевания,
- отсутствие усложнения симптоматики,
- развитие негативных личностных изменений.

Лечение шизоаффективного психоза

- В терапии шизоаффективного психоза с относительно неглубокими бредовыми дисфункциями (по типу бреда восприятия) рекомендуется сочетание:
 - 1) трициклических антидепрессантов,
 - 2) нейролептиков.

Конкретные препараты и дозировки - зависят от степени завершенности бредовых расстройств:

- а) неразвёрнутые состояния («бредовое настроение») - аминазин - 50-70 мг. Можно назначать в сочетании с реланиумом (в средних дозах).
- б) более развитые состояния (бред инсценировки, символического значения) - увеличение доз нейролептиков:
 - аминазин - до 100 - 105 мг.
 - Если после острого психоза наблюдается затяжная депрессия - наиболее эффективна комбинация внутривенного введения

в) при купировании маниакальных дисфункций с бредом восприятия

- сочетают нейролептики фенотиазинового и бутирофенового рядов с солями лития (1200 – 1600 мг)
- используют сочетание стелазина (15-20 мг/сут) или галоперидола (15 мг/сут) с аминазином (до 150-200 мг/сут).
- Поддерживающая терапия - сочетание нейролептиков и антидепрессантов в малых дозах (например, стелазин (5 мг/сут) и amitriptyline (до 25 мг/сут)).

- г) при реакции наглядно-образного бреда, воображения, когда динамика отчетливо приступообразна – используется сочетание малых доз антидепрессантов и средних доз нейролептиков (например, галоперидол – до 10 мг/сут в сочетании с реланиумом).
- д) если преобладают идеаторные формы бредообразования (интеллектуальный бред, воображения или острый интерпретативный бред) – используют нейролептики с антибредовой активностью в сочетании с препаратами общего антипсихотического действия (высокие и средние дозы галоперидола (20-30 мг/сут), лепонекса (200-300 мг/сут), rispеридона (6-8 мг/сут) и т. д.).