

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Аффективные синдромы

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Аффективные синдромы" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



План

Введение

1. История

2. Эпидемиология

3. Этиология

4. Клинические признаки и симптомы

5. Сестринский процесс и особенности ухода за больными с аффективными синдромами

Заключение

Список используемой литературы

Введение

Настроение характеризует внутреннее эмоциональное состояние субъекта; аффект – его внешнее выражение. Существует ряд патологических нарушений настроения и аффекта, наиболее серьезными из которых являются расстройства настроения депрессия и мания. В классификации DSM-111 депрессия и мания были названы аффективными расстройствами. В DSM-111-R они объединены под названием расстройства настроения.

Настроение может быть нормальным, приподнятым или депрессивным. Диапазон колебаний настроения в норме очень велик. Здоровый человек обладает большим набором способов выражения аффекта и чувствует себя в силах управлять своим настроением и аффектами. Расстройства настроения представляют собой группу клинических состояний, характеризующихся нарушением настроения, потерей способности контролировать свои аффекты и субъективным ощущением тяжелых страданий.

1. История

Сведения о депрессиях сохранились с древних времен, и описание случаев, которые теперь называют аффективными расстройствами, можно обнаружить во многих античных документах. История короля Саула в Ветхом завете содержит описание депрессивного синдрома, как и рассказ о самоубийстве Айякса – в «Илиаде» Гомера. Примерно в 450 г. до нашей эры Гиппократ использовал термины мания и меланхолия для описания расстройств умственной деятельности. Корнелиус Цельсус в своей работе «Медицина» примерно около 100 лет н.э. написал, что меланхолия есть депрессия, вызванная черной желчью. Этот термин продолжали использовать другие авторы, включая Аратеуса (120–18-гг. н.э.), Галена (129–199 гг. н.э.). В средние века медицина существовала в мусульманских странах, Авиценна и еврейский врач Маймонидес считали, что меланхолия есть болезненная сущность. В 1686 году Боне описал психическое заболевание, которое он назвал маниако-меланхоликос.

В 1854 г. Жюль Фальре описал состояние, названное *Folie circulaire*, при котором больной страдал чередованием депрессии и мании. Примерно, в это же время другой французский психиатр Жюль Байарже описал состояние *Folie a double*, и котором больной впадал в глубокую депрессию и затем в ступорозное состояние, из которого, в конце концов, с трудом выходил. В 1882 г. немецкий психиатр Карл Кальбаум, используя термин «циклотимия», описал манию и депрессию как стадии одной и той же болезни.

Эмиль Крепелин в 1896 г., основываясь на знаниях французских и немецких психиатров прошлого, создал концепцию маниакально-депрессивного психоза, включающую критерии, большинство из которых используется психиатрами и в настоящее время для определения диагноза. Отсутствие деменции и злокачественности течения при маниакально-депрессивных психозах позволило отдифференцировать их от шизофрении. Крепелин также описал тип депрессии, встречающейся у женщин после менопаузы и у мужчин в зрелом возрасте, которая получила название инволюционной меланхолии.

2. Эпидемиология

Расстройства настроения, особенно депрессии являются наиболее часто встречающимися психическими нарушениями у взрослых людей. Вероятность развития в течение жизни депрессии составляет 20% у женщин и 10% у мужчин. Несмотря на то, что большинство больных с аффективными расстройствами рано или поздно попадают к

врачу, установлено, что лишь 20–25% больных депрессий в ее основной форме, соответствующей критериям этого заболевания, получают лечение.

Депрессии наблюдаются у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. Хотя причины, обуславливающие эту разницу, неизвестны, она не является результатом специальных факторов, влияющих на деятельность врача. Среди причин могут быть различные стрессы, роды, состояние беспомощности и гормональные влияния.

Начаться может депрессия в любом возрасте, однако у 50% больных она начинается в возрасте от 20 до 50 лет; средний возраст начала – около 40 лет.

Преимущественная распространенность расстройств настроения не связана с расовой принадлежностью.

Чаще депрессия возникает у лиц, не имеющих тесных межличностных связей, у разведенных или живущих отдельно супругов.

3. Этиология

Этиологические теории расстройств настроения включают биологические (в том числе генетические) и психосоциальные гипотезы.

Биологические аспекты.

Биогенные амины. Норадреналин и серотонин – два нейромедиатора, в наибольшей степени обуславливающие патофизиологические проявления расстройств настроения. На моделях, создаваемых у животных, показано, что эффективное биологическое лечение антидепрессантами всегда связано с ингибцией чувствительности постсинаптических в-адренергических и 5 НТ-2-рецепторов после длительного курса терапии. Эти задержанные изменения рецепторов у животных коррелируют с 1–3 недельной в клиническом улучшении, обычно наблюдающейся у больных. Это, возможно, соответствует снижению функции серотониновых рецепторов после хронического воздействия на них антидепрессантов, которое уменьшает число зон обратного захвата серотонина, и повышению концентрации серотонина, обнаруженному в мозге больных, совершивших суицид. Было также описано, что у некоторых лиц, страдающих депрессией, уменьшается связывание 3Н-имипрамина с тромбоцитами крови. Имеются данные, указывающие на то, что дофаминергическая активность может редуцироваться в состоянии депрессии и увеличиваться в состоянии мании. Существуют также факты, свидетельствующие в пользу нарушения регуляции ацетилхолина при расстройствах настроения. В одном из проведенных исследований описано увеличение числа мускариновых рецепторов на культуре ткани фибриногенов (например, 5-Н1АА, НВА, МНРГ) крови, мочи и

спинномозговой жидкости у больных с расстройствами настроения. Описанные данные наиболее соответствуют гипотезе о том, что расстройства настроения связаны с гетерогенными нарушениями регуляции системы биогенных аминов.

Другие нейрохимические особенности. Имеются некоторые данные о причастности нейромедиаторов (особенно ГАМК0 и нейроактивных пептидов (особенно вазопрессина и эндогенных опиоидов) к патофизиологическим механизмам некоторых депрессивных расстройств, хотя этот вопрос в настоящее время еще нельзя считать окончательно решенным. Некоторые исследователи высказывают предположение о том, что системы вторичной регуляции, такие как аденилатциклаза, фосфатидил инозитола или система регуляции кальция, также могут быть этиологическим фактором.

Нейроэндокринная регуляция. Описан ряд нарушений нейроэндокринной регуляции у больных с расстройством настроения. Хотя эти нарушения могут быть одним из первичных этиологических факторов мозговых расстройств, в настоящее время нейроэндокринное исследование лучше рассматривать как «окно» в мозг. Скорее всего отклонения в нейроэндокринной сфере отражают нарушение регуляции входа биогенных аминов в гипоталамус.

Нарушение сна. Нарушение структуры сна является одним из наиболее сильных маркеров депрессии. Основные расстройства состоят в понижении латентного периода фазы быстрого сна (ФБС) (время между засыпанием и первым периодом быстрого сна), которое наблюдается у 2/3 депрессивных больных, увеличении длительности первого периода быстрого сна и увеличении объема быстрого сна в первой фазе сна. Учащается также пробуждение ранним утром и прерывистость сна с множественными пробуждениями среди ночи.

Другие биологические данные. Нарушения в иммунологической функции отмечаются и при депрессии, и при мании. Было также высказано предположение о том, что депрессия есть нарушение хронобиологической регуляции.

Исследования изображения живого мозга в настоящее время дали скромные результаты. Сканирование методом компьютерной томографии показало, что у некоторых больных манией или депрессией увеличены мозговые желудочки; сканирование с помощью позитронной эмиссионной томографии указывает на понижение мозгового метаболизма, а другие исследования обнаруживают снижение мозгового кровотока при депрессии, особенно к базальным ганглиям.

Психосоциальные гипотезы.

События жизни и стрессы. Большинство американских клиницистов предполагают наличие связи между стрессом в жизни больного и клинической депрессией. Часто при

рассмотрении историй болезни удается выявить стрессы, особенно связанные с событиями, предшествующими началу депрессивных эпизодов. Предполагается, что события, имеющие место в жизни, играют важную роль в возникновении депрессии, что отражалось в таких формулировках, как «Депрессия началась в связи с ...» и «Депрессия усилилась из-за...» Одни клиницисты полагают, что жизненные события играют первичную или принципиальную роль в депрессии, другие являются более консервативными, считая, что связь депрессии с жизненными событиями выражаются только в том, что они обуславливают время возникновения и определяют длительность уже фактически существующего эпизода. Однако данные исследователей, приводимые в подтверждение этой связи, неубедительны. Наиболее сильными доказательствами в пользу корреляции этой связи между потерей родителя в возрасте 11 лет и потерей супруга или супруги к моменту начала заболевания и развитием депрессии в ее тяжелой форме.

Преморбидные личностные факторы. Не удается установить ни одной из черт характера или какого-либо определенного типа личности, которые явились бы признаками, указывающими на предрасположенность к депрессии. Все люди, независимо от личностных особенностей, могут стать и действительно становятся депрессивными при определенных обстоятельствах; однако у разных личностей наблюдаются разные особенности заболевания: личности внушаемые становятся импульсивно-компульсивными, истерические личности более подвержены риску стать депрессивными, чем антисоциальными, параноидными и другими из тех, которые используют прожекцию и прочие экстернализирующие защитные механизмы.

Психоаналитические факторы. Karl Abraham считал, что периоды манифестации заболевания ускоряются при потере объекта либидо, что приводит к регрессивному процессу, при котором это переходит из своего естественного функционального состояния в такое состояние, в котором доминирует инфантильная травма орально-садистской стадии развития либидо из-за фиксации процесса в раннем детстве.

Согласно структуральной теории Фрейда, амбивалентная интроекция потерянного объекта в эго приводит к развитию типичных депрессивных симптомов, оцениваемых как потеря энергии, которой располагает эго. Суперэго, не имея возможности ответить на потерю энергии во внешнем выражении, бьет по психической репрезентации потерянного субъекта, который теперь интернализируется в эго как интроект. Когда это побеждает или сливается в суперэго, имеет место высвобождение энергии, ранее связанной в депрессивных симптомах, в результате чего наступает мания с типичными для нее симптомами избыточности.

Выработавшееся чувство беспомощности. В экспериментах, в которых животные повторно подвергались ударам электрического тока и от которого нельзя было избавиться, они в конце концов «сдавались» и не давали совсем никаких попыток избежать дальнейших ударов. У людей, находящихся в состоянии депрессии, можно обнаружить сходное состояние беспомощности. Согласно теории научения, депрессия может уменьшаться, если врач сумеет внушить больному чувство контроля над ситуацией и способность справиться с ней. Бихевиористские методы, включающие вознаграждение и положительное подкрепление, используются в этих попытках.

Когнитивные теории. Согласно этой теории, неправильному пониманию ситуации способствуют отрицательно окрашенные события в жизни, негативная самооценка, пессимизм и беспомощность.

4. Клинические признаки и симптомы

Наиболее распространенным аффективным синдромом является легкая депрессия, напоминающая по своему неопределенному эмоциональному дискомфорту невротические реакции. При этом виде депрессии больные жалуются на некое чувство дискомфорта, нехватку энергии, скуку, стремление к перемене мест. Излюбленные слова больных: лень, бессилие, вялость, бесцветность, непоседливость, ощущение замедленного течения времени, отсутствие интересов и т.п.

Если к этим проявлениям присоединяются некоторые соматические недомогания, например головные боли, утрата аппетита, бессонница, то синдром приобретает сходство с невротическими состояниями психогенной природы. Это сходство усиливается, когда у больных наблюдается склонность к навязчивостям кататимического типа. Мысли о том, что здоровье угрожающе пошатнулось, что начатая работа вряд ли когда завершится, что времени на воспитание ребенка не хватает, усиливает сходство этой легкой депрессии с невротическими депрессиями. Чувство тоски и тревоги здесь еще не занимают ведущего места в структуре, они возникают лишь как незначительные омрачающие эпизоды. «Вдруг сделалось тоскливо», «стало муторно на душе», «пробежало облачко тревоги» – так обычно характеризуют больные эти преходящие аффективные состояния.

Обычно такого рода депрессии носят ундулирующий характер. Они, внезапно появляясь, так же внезапно исчезают. Примечательно, что больные могут в известной степени справляться с ними, продолжают работать и жить в семье.

Некоторые успешно скрывают свое депрессивное состояние, обращаясь за помощью по поводу головных болей, бессонницы к врачам общей практики.

5. Сестринский процесс и особенности ухода за больными с аффективными синдромами

В отношении психиатрии в обществе сформировалось негативное предубеждение. Между психическими и соматическим заболеваниями усматривают большие различия. Поэтому пациенты и их родственники часто стыдятся заболевания, скрывают факт обращения к психиатру. Часто окружающие, даже медицинские работники относятся к людям с психическими расстройствами неестественно: с излишним опасением (даже страхом), с подчеркнутой жалостью или снисходительно. Такое отношение может затруднять сестринский процесс на всех его этапах.

Наилучшая помощь психическим больным оказывается тогда, когда их состояние воспринимается остальными только как болезнь. Это помогает больным сохранять самосознание, необходимое для их исцеления.

Ухаживающий персонал не должен воспринимать личность пациента, с ее потребностями, желаниями и страхами только с точки зрения диагноза заболевания. Целостный уход охватывает личность, болезнь, профессию, семью, взаимоотношения и пр. Психически больной человек – это не только объект для ухода. Активно задействовать пациента в решении его проблем со здоровьем – главная задача ухаживающего персонала. В этом смысле уход за больным означает не только выполнение необходимых медицинских манипуляций, он означает намного больше: сопровождение, объяснение, побуждение к действиям и внимание к проблемам пациента.

Процесс ухода осуществляется поэтапно следующим образом: сбор информации, постановка сестринского диагноза, выявление проблем пациента (при аффективных состояниях проблемы будут следующие: при депрессиях: подавленное настроение – гипотимия, снижение волевой активности – гипобулия, двигательная заторможенность, замедление мыслительного процесса, при маниях: повышенное настроение – эйфория, усиление волевой и двигательной активности, ускорение мыслительного процесса, веселость беззаботность и т.д.), определение целей ухода, планирование ухода, осуществление ухода и оценка результатов. Оценка эффективности ухода основывается на результатах повторного сбора информации о состоянии пациента и дает возможность контроля и внесения необходимых поправок в процессе ухода.

Качественный уход возможен в случае партнерского взаимодействия между пациентом и ухаживающим персоналом. Такого взаимодействия можно достичь лишь путем установления отношений доверия между пациентом и ухаживающим персоналом. Поэтому медицинская сестра должна обладать коммуникативными навыками, знанием

медицинской психологии и определенными личностными качествами: уважением отдельного индивидуума, способностью к эмпатии, выдержкой и др.

В общении с психическими больными нельзя повышать голос, приказывать что-либо, пренебрежительно относиться к их просьбам, игнорировать их обращения, жалобы. Всякое резкое, неуважительное обращение с больными способно спровоцировать возбуждение, агрессивные действия, попытки к побегу, самоубийству. Следует воздерживаться от обсуждения с больными состояния и поведения других больных, высказывать свою точку зрения на правильность лечения, режима. Нужно регулировать поведение больных, если возникает такая необходимость, очень корректно. Беседа с больными должна касаться только вопросов лечения, быть направленной на уменьшение у них беспокойства, тревоги.

Медицинские сестры, младший медицинский персонал на дежурствах должны быть одеты в строгий медицинский халат, медицинскую шапочку. Неуместны броские украшения, демонстративные прически, яркий макияж, и все, что может привлечь повышенное внимание больных. В карманах халата не должны находиться острые предметы, ключи от отделения, шкафов с медикаментами. Пропажа ключей требует принятия срочных мер по их поиску, так как это может повлечь за собой побеги больных из отделения.

Лечебные манипуляции (раздача лекарств, инъекции и другие процедуры) выполняются согласно назначениям врача в указанные сроки. Необходимо следить, принимают ли пациенты таблетки. Раздача лекарств без контроля за их приемом не допускается, поэтому медикаменты больными принимаются только в присутствии медсестры.

За психическими больными необходим надзор, который бывает трех видов. **Строгий надзор** назначается депрессивным больным с тенденцией к самоубийству. В палате, где находятся такие больные, круглосуточно находится медицинский пост, палата постоянно освещается, в ней не должно находиться ничего кроме кроватей. Из палаты больные могут выходить только с сопровождающими. О всяком изменении в поведении больных сообщается немедленно врачу. **Усиленное наблюдение** назначается в тех случаях когда требуется уточнить особенности болезненных проявлений (характер сна, настроения). **Общее наблюдение** назначается тем больным, которые не представляют опасности для себя и окружающих. Они могут свободно передвигаться в отделении, выходят на прогулку, активно вовлекаются в трудовые процессы (что характерно для маниакальных больных).

Депрессивные больные могут совершать суицидальные попытки, поэтому медицинская сестра должна следить за их попытками раздобыть веревки, шнуры, режущие предметы, медикаменты. Таких больных не следует оставлять без присмотра. Если попытка все же реализуется, необходимо принять меры по оказанию экстренной медицинской помощи и поставить в известность врача. Также депрессивные больные могут отказываться от еды. Медицинской сестре необходимо разобраться в мотивах отказа от еды. В ряде случаев эффективны бывают психотерапевтические методы, убеждение, объяснение. Для стимуляции аппетита возможно назначение небольших доз инсулина (4–8 ЕД) подкожно. При безуспешности попыток накормить больного в течении 3–4 дней можно прибегнуть к искусственному кормлению через зонд или к парентеральному кормлению путем внутривенного введения питательных растворов.

Больные с маниакальным синдромом часто не желают добровольно лечиться в клинике, так что их приходится принуждать. У них отсутствует такое глубокое понимание своей болезни, и лечение в стационаре представляется им полнейшим абсурдом. Медицинская сестра должна суметь убедить больного в необходимости пребывания в стационаре и принятии лекарственных препаратов. Маниакальные больные часто бывают агрессивны, конфликтны, медицинский персонал должен помнить об этом и постараться не вступать в конфликт с такими больными.

Заключение

Аффективные синдромы включают полярные эмоциональные расстройства – депрессии и мании. Депрессивный синдром характеризуется болезненно пониженным настроением, тоской, которые иногда сопровождаются физически тягостным ощущением давления или тяжести в области грудной клетки, интеллектуальным и моторным торможением (затруднение течения мыслей, потеря интереса к профессиональной деятельности, замедление движений вплоть до полной обездвиженности-депрессивный ступор). Пессимистическое мировосприятие при депрессии сопровождается тревогой, чувством вины, идеями малоценности, приобретающими в тяжелых случаях характер бреда самообвинения или греховности, суицидальными идеями и тенденциями.

Маниакальный синдром характеризуется болезненно повышенным настроением, сочетающимся с необоснованным оптимизмом, ускоренным мышлением и чрезмерной активностью. Больным свойственны переживания радости, счастья, переоценка собственных возможностей, иногда достигающая уровня идей величия. Отмечаются многоречивость, стремление к постоянному расширению сферы деятельности и контактов. При этом нередко обнаруживаются повышенная раздражительность, конфликтность (гневливая мания).

Осуществляя уход за такими больными необходимо следить за изменениями состояния и немедленно об этих изменениях докладывать врачу. Медицинская сестра должна знать обо всех депрессивных больных с намерениями к самоубийству, быть внимательной к высказываниям пациентов, следить за их попытками раздобыть предметы, которые могут нанести вред больному. С маниакальными больными не стоит вступать в конфликтную ситуацию, не стоит повышать на них голос, приказывать что-либо, пренебрежительно относиться к их просьбам, игнорировать их обращения, жалобы.

Список используемой литературы

1. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Б., Психиатрия (учебник для студентов медицинских институтов). М., 1998.
2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия в 2 томах. Т. 1. 2008, – М.: Медицина.
3. Портнов А.А. Общая психопатология: уч. пособие. – М.: Медицина, 20012 г.
4. Риттер С. Руководство по сестринской работе в психиатрической клинике. Принципы и методики. – Издательство «Сфера», киев, 2013.