

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: Биполярное расстройство личности

Выполнил: ординатор 2 года обучения Зотова Ольга Александровна

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Зотовой О.А. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Биполярное расстройство личности" 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.



Содержание

Введение.....	стр4
Этиология и патогенез маниакально-депрессивного синдрома.....	стр5
Клиническая картина и стадии маниакально-депрессивного синдрома.....	стр6
Лечение маниакально-депрессивного синдрома.....	стр11
Заключение.....	стр14
Литература.....	стр15

Введение

Маниакально-депрессивный синдром - заболевание, характеризующееся чередованием двух фаз: депрессии и мании. Биполярное расстройство или маниакально-депрессивный синдром связан с тяжелыми перепадами в настроении, мешающими пациентам жить нормальной жизнью.

Депрессия проявляется в угнетенном состоянии больного, безразличии к жизни, чувством тоски и безысходности. Мания проявляется в повышенном настроении, ускорении мыслительных процессов, психомоторном возбуждении. Заболевание особенно обостряется в межсезонье: весной и осенью. Тяжелые случаи требуют госпитализации больного, легкие лечатся амбулаторно. Маниакально-депрессивный синдром встречается как у женщин, так и у мужчин. Обычно первое проявление отмечается после 30 лет.

Фрейд считал, что существуют два типа маниакально-депрессивных расстройств: первично психологический и первично физиологический. Такая точка зрения до сей поры поддерживается многими аналитиками. Эта подтверждается тем, что одни пациенты поддаются психотерапевтическому лечению, а другие - лишь медикаментозному.

Маниакально- депрессивный синдром является результатом нарушений в участках головного мозга, отвечающих за регулирование настроения. Во время маниакального состояния человек с маниакально-депрессивным синдромом становится импульсивным и чересчур энергичным. Фаза депрессии сопровождается преобладающим чувством тревоги, низкой самооценки и мыслями о самоубийстве.

Маловыраженная форма маниакально-депрессивного синдрома называется циклотимией – она включает периоды гипомании с маловыраженной депрессией.

1. Этиология и патогенез маниакально-депрессивного синдрома

Раньше считалось, что первые признаки болезни появляются в молодости и преследуют человека всю оставшуюся жизнь. Ученые из университета Миссури доказали, пациенты с диагностированным биполярным расстройством в возрасте 18 и 25 лет перерастают его к 30 годам. Преодолевая определенный возрастной барьер, пациенты резко идут на поправку.

Причинами маниакально-депрессивного синдрома является состояние, когда человеком полностью управляют эмоции, которые в жизни вошли в привычку как способ скрыть определенные беспокойства или переживания.

Пиковое экстравертное поведение наступает у человека с синдромом МДС во время маниакальной фазы болезни. В жизни обычно люди с данным заболеванием застенчивы и спокойны, лишь в определенных случаях их поведение может носить элементы фанатичной настойчивости, а также религиозного настроения. Одна из предполагаемых причин этого расстройства лежит в нарушении гормонального баланса. Общее неустойчивое состояние настроения вызывает низкое содержание серотонина - вещества, оказывающее влияние на настроение. При дисбалансе норепинефрина, происходит определение направления происходящих изменений. К депрессии приводит низкий уровень данного элемента, высокий тянет в противоположную сторону и приводит к мании.

В современной психиатрической нозологии это рассматривается как единое биполярное . Большое значение в развитии маниакально-депрессивного синдрома генетический, семейный и нейрофизиологический факторы, психологические факторы считаются вторичными. Однако с психоаналитической точки зрения, это часто актуализируется переживанием утраты или личного крушения у пациента.

Определить истинные причины этого заболевания удастся очень редко. Психиатры полагают, что они связаны с нарушением биохимических

процессов в мозгу человека. Состояния маниакального или депрессивного синдромов могут быть вызваны сильным стрессом, иногда после тяжелой продолжительной болезни либо после серьезной травмы, приведшей к резкому ухудшению здоровья или инвалидности. Чаще всего маниакально-депрессивный синдром возникает без видимых причин.

В ряде случаев признается наличие травматического психического опыта, как причины возникновения данного синдрома. Фоном маниакально-депрессивного синдрома часто выступает отчетливое психогенное условие - пограничное или нарциссическое нарушение характера.

Все исследователи подчеркивают роль предрасположенности к формированию маниакально-депрессивных расстройств, но до сих пор не достигнуто согласия в том, является она конституциональной или обретается в детстве. Есть некоторые данные в пользу того, что ранние травматические переживания могут нарушать эндокринный или вызывать к такому нарушению.

2. Клиническая картина и стадии маниакально-депрессивного синдрома

Симптомы маниакально-депрессивного синдрома первыми замечают близкие и друзья больного. В своем развитии синдром проходит несколько стадий.

Ранняя стадия (гипомания): раннее пробуждение ото сна, повышенное беспокойство и неспособность сосредоточиться, масса начатых дел, многие из которых не доводятся до конца, стремление обратить на себя внимание с помощью шумных вечеринок, раздражительность с частыми вспышками ярости и гнева.

Средняя стадия: быстрая и несвязная речь, нелогичность рассуждений и высказываний, театральность в поведении, болезненное восприятие критики, периодически возникающие моменты глубокой печали, плохая

концентрация внимания, быстрая утомляемость и потеря веса, раздражение и гнев из-за мелких жизненных неудач и невозможности жить в соответствии со своими мечтами.

Стадия депрессии: постепенный уход в себя и стремление к одиночеству, плохой сон и позднее пробуждение, замедленность в движениях и в речи, попытки спрятаться от близких и друзей, запершись в своей комнате, разговоры о желании покончить с жизнью. Самоубийство совершается не часто, но с углублением депрессии вероятность совершения самоубийства может резко возрасти.

Известны депрессии следующих типов:

- клиническая и неклиническая депрессия. Клинической депрессией называется любой вид депрессии, которая способна навредить человеку;
- меланхоличная и атипичная. Эта градация схожа с первой, только имеет чуть более точное разграничение;
- однополярная и биполярная. Однополярная депрессия это все перечисленные ранее виды депрессии.

Биполярная депрессия характеризуется гораздо более сложными симптомами и часто называется маниакально-депрессивным синдромом. Этот вид депрессии лечится либо медикаментозным, либо психотерапевтическим способом, так как больные с этим синдромом бывают непредсказуемыми и могут нанести вред и себе, и окружающим. Также это связано с тем, что некоторые больные восприимчивы только к одному или только к другому виду лечения.

Биполярная депрессия отличается от однополярной тем, что у пациента периодически наблюдается то одно, то другое состояние психики. К ним относятся депрессивные состояния, когда больной испытывает те же ощущения, что и люди с атипичной депрессией, то есть бессонницу, отсутствие аппетита, нежелание общаться, отсутствие интереса ко всему, что раньше интересовало, а также нежелание жить, и у таких людей возникают мысли о самоубийстве. Другим состоянием при маниакально-депрессивном

синдроме бывает состояние гиперактивности, когда больной способен свернуть горы на пути к своей цели. В таком состоянии он даже способен убить человека, если тот будет ему мешать что-либо сделать. Обычно у такого больного доминирует какое-либо из двух состояний.

Депрессивное состояние такого больного проявляется в принятии окружающей действительности со всеми ее негативными факторами, в то время как маниакальное состояние выражается в ярко выраженном отрицании реальности и противостоянии всему миру.

Если говорить непосредственно о самих маниакальных и депрессивных состояниях больного, то нужно сказать, что они происходят циклически. Никогда нельзя заранее предугадать, когда какое из состояний будет превалировать у пациента. Основными симптомами биполярной депрессии можно назвать те же самые симптомы, что и при однополярной депрессии, с одним лишь исключением, что больные могут испытывать одновременно угнетенное и радостное состояние, постоянно сменяющие друг друга. Такие больные нередко жалуются на возникающие у них боли различного характера, не имеющие под собой никакого основания.

Последствия биполярной депрессии часто сказываются на общественной жизни больного. Иногда они заканчивают жизнь самоубийством, так как при такой смене настроений просто не могут контролировать себя. Случается, что маниакально-депрессивный синдром переходит в шизофрению, но это уже совершенно другой вид психической болезни, развивающийся вне зависимости от депрессивного состояния психики человека по иным причинам.

Маниакальный синдром выступает как основное проявление маниакальной фазы маниакально-депрессивного синдрома. В своем классическом варианте он включает в себя *триаду психопатологических симптомов: повышение настроения, ускорение ассоциативного процесса, речедвигательное возбуждение*. Повышенный аффект влияет на все стороны психической деятельности, отмечается необычная яркость восприятия

окружающего, явления гипермнезии, склонность к переоценке своих возможностей и собственной личности, весь внешний вид больного выражают радость.

Маниакальные больные возбуждены, многоречивы и гиперактивны, иногда нелепо и ярко одеты. Поведение, как правило, дезорганизованное, и требуется применение силы, чтобы удержать больного от совершения неадекватных поступков. В маниакальном состоянии больные переживают ощущение бодрости, прилива энергии, ощущения физической силы, здоровья и перестают воспринимать реально существующие и беспокоившие их ранее болезненные ощущения. Повышенная двигательная активность проявляется в неусидчивости, вмешательстве в дела медицинского персонала, уклонении от медицинской помощи. Быстрая речь переходит в речевую спутанность, появляются бредовые идеи величия.

Основной признак мании - нарушение поведения при отсутствии критики к своему состоянию. Задавать больному вопросы, которые помогли бы выяснить причину повышенного настроения, не имеет смысла. Также безрезультатны попытки объяснить больному неуместность его поведения, что может только вызвать раздражение и неприязнь к врачу. В таких случаях целесообразно оказать неотложную психиатрическую помощь и, вызвав консультанта-психиатра, решать вопрос о госпитализации (иногда и недобровольной) в психиатрический стационар.

Различают несколько вариантов маниакального синдрома:

- радостная мания - классический маниакальный синдром с гипертимией, , ;

- мания - маниакальный синдром, характеризующийся вспыльчивостью, раздражительностью, агрессивностью, склонностью к легкому возникновению конфликтов с окружающими;

- маниакально-параноидный вариант - маниакальный синдром с появлением бредовых идей отношения и ;

- бредовый вариант в структуре маниакального синдрома центральное место занимает стойкий, собственной положительной исключительности. При маниакальном синдроме бредовые идеи лишены нелепости и фантастичности, обладают определенной логичной последовательностью, их содержание чаще связано с профессиональной деятельностью больного;

- онейроидная мания - на высоте маниакального синдрома появляются нарушения сознания по типу с фантастическими переживаниями.

Депрессивный синдром проявляется *триадой обязательных симптомов*: *ухудшение настроения, мыслительного процесса, двигательной заторможенностью*. Факультативные признаки депрессивного синдрома: гипостезия, сверхценные и бредовые идеи самообвинения и самоуничтожения, реакции тревоги и страха, угнетение желаний и влечений, суицидальные тенденции. Находящийся в депрессивной фазе человек обнаруживает симптомы униполярной депрессии.

Существует несколько видов депрессивного синдрома:

- ажитированная (тревожная) депрессия. В синдроме депрессии вместо двигательной заторможенности присутствует двигательное беспокойство;

- бредовая депрессия проявляется наличием в структуре депрессии бреда самообвинения или самоуничтожения;

- синдром Котара (мегаломанический бред) – сочетание тревожно-ажитированной депрессии с ипохондрически-депрессивным бредом отрицания и громадности. Больные утверждают, что они утратили все моральные, интеллектуальные и физические качества. Для нигилистического бреда характерны утверждения, что больного нет вообще, что он никогда не жил и т. д. Больные считают себя виновными в свершении всех мировых катаклизмов, отождествляют себя с отрицательными мифическими и историческими персонажами;

- депрессия с навязчивостями (ананкастическая депрессия). На первый план выступают разнообразные навязчивости, чаще нозофобии;

- маскированная (соматизированная, ларвированная) депрессия. На первый план выступают сомато-вегетативные расстройства, которые маскируют аффект тоски;

- депрессия с дисфорическим оттенком («ворчливая» депрессия) – наличие в структуре депрессии раздражительности и недовольства, характерна для цереброорганической патологии;

- апатическая депрессия – на первый план выступают снижение побуждений, адинамия, безразличие, характерна для шизофрении;

- «улыбающаяся» (депрессия без депрессии) – нет выраженной двигательной заторможенности. На лице больных часто можно видеть ироническую или скорбную улыбку. При такой депрессии высок риск суицида.

3. Лечение маниакально-депрессивного синдрома

Лечение, начатое на ранней стадии заболевания, может оказаться более эффективным. Маниакальное состояние купируют нейролептиками (аминазин, внутримышечно) с одновременным приемом таблетированного нейролептика (50-100мг аминазина) и повторением (при необходимости) инъекций через 1-2ч. Такие больные практически не требуют фиксации, им достаточен слушатель и «собеседник», который, однако, не должен оставлять больного одного во избежание его импульсивных и неадекватных поступков.

Больной, находящийся в остром маниакальном состоянии, требует круглосуточного особого надзора со стороны среднего медперсонала. Легкие случаи (гипоманиакальный синдром), протекающие с сохранением критики к своему состоянию, можно лечить амбулаторно.

Маниакально-депрессивный синдром часто лечится с помощью лекарств, стабилизирующих настроение, таких как препараты лития и карбамезапин. Это достаточно эффективное лечение, как для маниакальной,

так и депрессивной фазы, а также может рассматриваться в качестве профилактического метода для предупреждения будущих симптомов.

Антидепрессанты эффективны в депрессивной фазе заболевания, особенно если они применяются в комплексе с так называемыми стабилизаторами настроения. Последние играют важную роль в лечении маниакально-депрессивного синдрома. Без стабилизаторов настроения антидепрессанты могут вызывать маниакальные симптомы.

Антипсихотические лекарства эффективны у пациентов с симптомами нарушения восприятия реальности. Бензодиазепины также могут оказаться полезными. Иногда пациентам с маниакально-депрессивным синдромом требуется госпитализация и нахождение в клинике до тех пор пока состояние не стабилизируется.

Электросудорожная терапия – это особый вид лечения в психиатрии, при котором применяется электрический ток, вызывающий судороги на фоне анестезии. Ряд исследований показывают, что электросудорожная терапия является наиболее эффективным методом лечения депрессии, в тех случаях, когда лекарства оказываются неэффективными.

Нередко с помощью достаточного сна можно добиться стабилизации у ряда больных. Психотерапия может оказаться полезной у больных с маниакально-депрессивным синдромом и их родственников.

Лекарства, стабилизирующие настроение могут оказаться эффективными для контролирования симптомов. Однако пациентам нередко требуется помощь от окружающих для того, чтобы правильно принимать лекарства для того, чтобы эпизоды маниакального состояния и депрессии предупреждались своевременно.

Некоторые лица имеют тенденцию прекращать лечение как только почувствуют улучшение, или как только возникнет желание к активной деятельности, вызванное маниакальным состоянием. Хотя указанные симптомы интерпретируются с улучшением состояния, они могут иметь ряд отрицательных последствий. Мысли о самоубийстве являются самым

опасным из последствий маниакально-депрессивного состояния. Мысли о самоубийстве у пациентов с маниакально-депрессивным синдромом требуют немедленного вмешательства.

Заключение

Здоровые люди способны самостоятельно справиться с начинающейся депрессией, отогнав от себя негативные мысли. Нужно просто отвлечься от них, чаще встречаться с друзьями, бывать на природе. Главное в таком состоянии - не оставаться один на один со своими мыслями.

Нужно начинать прогонять негативные мысли сразу же, как только они начинают появляться, так как глубокая депрессия - это уже болезнь, которая лечится только клинически. Выбраться из тяжелого состояния бывает довольно трудно, поэтому депрессию часто называют сезонной, так как она не проходит у больных людей, а лишь начинает обостряться с приходом осени и весны.

Основной техникой естественного избавления от тяжелых мыслей при легкой депрессии необходимо просто поделиться своими мыслями с окружающими вас людьми, не замыкаться в себе. Профилактика мании или депрессии – соблюдение режима, прогулки на свежем воздухе, которые помогут пробудить аппетит и сон. Можно делать то, что потребует концентрации, принесёт удовольствие и улучшит настроение. Музыка, творчество, любование природой – всё это тоже даёт огромный заряд позитивной энергии.

Без стресса не может быть и развития. У людей всегда есть ресурсы, которые можно использовать, чтобы пережить трудный момент и пойти дальше. Самая лучшая профилактика от депрессивно-маниакальных состояний и любых негативных эмоций (гнев, зависть, раздражение) – это любовь. У каждого человека есть люди, которые ему очень дороги. Даря друг другу тепло своей души, близкие люди (не обязательно родственники, это могут быть просто люди, с которыми нам комфортно и легко) общими усилиями способны одолеть любые невзгоды.

Список литературы

1. <http://psy.piter.com>
2. Бородинский Д.К., Скоромец А.А., Шварев А.И. Руководство к практическим занятиям по нервным болезням. – М.: Медицина, 2001.
3. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов. – 3-е изд. – СПб.: Спец Лит, 2007. – 463 с.
4. Обухов С.Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 352 с.
5. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. 3-е изд., испр. и доп./ Под ред.Н.П. Шабалова. – СПб: СпецЛит, 2005. – 895 с.: ил.
6. Педиатрия: Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III—IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр.; и доп. / В. Г. Майданник; Худож.-оформитель В. А. Садченко. - Харьков: Фолио, 2002. - 1125 с. - ISBN 966-03-1731-X.
7. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского, Т. I, II, - М.: Медицина, 1993.
8. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1990.