ВЯТСКИЙ СОЦИАЛЬНО — ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Гуманитарный факультет

Контрольная работа

по предмету «ПСИХИАТРИЯ»

Тема: Сравнительная характеристика аффективных расстройств

Выполнила Перминова Наталья Алексеевна

студентка 3 курса, группа ПС-33

Дата сдачи работы 11.01.2010

Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Киров

2010 г.

Аффективные расстройства представляют собой группу клинических состояний, характеризующихся нарушением настроения, потерей способности контролировать свои аффекты и субъективным ощущением тяжелых страданий. Аффективные расстройства сопровождаются нарушениями сна, аппетита, речи, вегетативных функций, сексуальной активности и других биологических ритмов, которые вызывают затруднения в межличностных и социальных отношениях, а также в профессиональной деятельности [4].

Аффективные расстройства имеют несколько звеньев этиологии и патогенеза:

1. Генетическими причинами заболеваний может быть аномальный ген в 11 хромосоме, хотя существуют теории генетического разнообразия аффективных расстройств. Предполагается существование доминантной, рецессивной и полигенной форм расстройств.

2. Биохимической причиной является нарушение активности обмена нейротрансмиттеров, их число снижается при депрессиях (серотонин) и повышается при маниях, а также катехоламинов, дефицит которых отмечается при депрессиях.

3. Нейроэндокринные причины выражаются в нарушении ритмики функционирования гипоталамо-гипофизарной, лимбической системы и эпифиза, что отражается на ритме выброса релизинговых гормонов и мелатонина. Эти процессы связаны с фотонами дневного света. Это косвенно влияет на целостную ритмику организма, в частности, на ритм сна/бодрствования, сексуальной активности, еды. Эти ритмы систематически нарушаются при аффективных расстройствах.

4. Теории утраты социальных контактов включают когнитивную, психоаналитическую интерпретации. Когнитивная интерпретация основана на изучении фиксации депрессогенных схем типа: плохое настроение — я не могу ничего поделать — моя энергия падает — я бесполезен — настроение снижается. Эта схема отражается на личностном и социальном уровне. Стилистика депрессивного мышления предполагает отсутствие плана будущего. Психоаналитические концепции объясняют депрессию регрессией на нарциссизм и формированием ненависти к себе, нарцистические элементы обнаруживаются в самопрезентации и эксгибиционизме, также при маниях.

5. Причиной аффективных расстройств может быть негативный (дистресс) и позитивный (эустресс) стрессы. Серии стрессов приводят к перенапряжению, а затем истощению как последней фазе основного адаптационного синдрома и развитию депрессии у конституционально предрасположенных личностей. Наиболее значимыми стрессорами являются смерть супруга/супруги, ребенка, ссоры и утрата экономического статуса.

* 1. Основой психобиологии аффективных расстройств является нарушение регуляции в спектре агрессивное — аутоагрессивное поведение. Селективным преимуществом депрессии является стимуляция альтруизма в группе и семье, очевидным преимуществом в групповом и индивидуальном отборе отличается и гипомания. Этим объясняется устойчивая цифра подверженности аффективным расстройствам в популяции.

Основное нарушение заключается в изменении настроения, уровня моторной активности, активности социального функционирования. Другие симптомы, например изменение темпа мышления, психосенсорные расстройства, высказывания самообвинения или переоценки, вторичны. Клиника проявляется в виде эпизодов (маниакальных, депрессивных) биполярных (двухфазных) и реккурентных расстройств, а также в форме хронических расстройств настроения.

К спектру аффективных расстройств относятся сезонное изменение веса (обычно нарастание веса зимой и его снижение летом в пределах 10%), вечерняя тяга к углеводам, в частности к сладкому перед сном, предменструальные синдромы, выражающиеся в снижении настроении и тревоге перед месячными, а также «северная депрессия», которой подвержены мигранты на северные широты, она отмечается чаще в период полярной ночи и обусловлена недостатком фотонов.

Классификация

Депрессивные расстройства

* 1. Большое депрессивное расстройство часто называемое клинической депрессией, когда человек пережил не менее одного депрессивного эпизода. Депрессия без периодов мании часто называется униполярной депрессией, поскольку настроение остаётся в одном эмоциональном состоянии или «полюсе». При диагностики выделяют несколько подтипов или спецификаций для курса лечения:
* Атипичная депрессия. составляет не менее 40% всех депрессий и чаще встречается в общемедицинской практике. Такая форма развивается преимущественно на фоне личностных девиаций избегающего, истерического и зависимого типа с чертами аффективной лабильности, тревожности, сенситивности в интерперсональных отношениях. Чаще всего в рамках "атипичных" рассматриваются стертые формы депрессий. Речь идет о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности, при которых основные проявления (гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.) маловыражены, а часть их вообще отсутствует ("субсиндромальные депрессии" по L. Judd и соавт., 1994).

В других случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются, поскольку ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров. Относящиеся к этой группе атипичные депрессии (чаще соматизированные), частота которых составляет от 17 до 40%, обозначаются различными терминами.

По признаку доминирующих феноменов, которые чаще всего изолированные, выделяют и варианты атипичных депрессий. Преобладание расстройств автономной (вегетативной) нервной системы определяет соматизированные "маски" депрессий. В качестве фасада депрессии выступают соматоформные расстройства, имитирующие сердечно-сосудистую патологию, расстройства желудочно-кишечного тракта и других систем организма, стойкие идиопатические алгии – головные боли, невралгии различной локализации, гиперсомния. Среди психопатологических "масок" чаще всего выступают обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства (социофобии, панические атаки) а также истерические симптомокомплексы (истерические "маски" циклотимии Ковалев, 1992).

В качестве эквивалентов аффективных расстройств в рамках атипичных циркулярных депрессий могут также выступать психопатологические образования, определяющиеся расстройствами влечений (анорексия, булимия, дипсомания, токсикомания и др.).

Таким образом, в картине атипичных депрессий ведущее место принадлежит патологическим телесным сенсациям, воспринимаемым как соматическое неблагополучие. Явления соматизации в картине депрессии, как правило, сопряжены с тревожными опасениями за свое здоровье и преувеличением тяжести реально существующего соматического заболевания.

Такая интерпретация телесных ощущений, вынуждающая больного вопреки разубеждениям врача, основанным на результатах медицинского обследования, опасаться одной или нескольких тяжелых болезней, позволяет в подобных случаях определять состояние как ипохондрическую депрессию. Эти больные обычно не принимают во внимание аргументы, свидетельствующие о "безобидности" найденной соматической патологии или даже о ее отсутствии, активно ищут помощи, требуют все новых консультаций, дополнительных обследований, установления "точного" диагноза, тщательно регистрируют изменения физиологических показателей (следят за пульсом, функцией кишечника, измеряют артериальное давление и пр.). Обращение к психиатру в подобных случаях обычно неприемлемо для больных, не доверяющих врачам и постоянно озабоченных возможностью прогрессирующего соматического расстройства. Угнетенное настроение чаще соответствует характеристике тревожно-тоскливого аффекта с преобладанием плаксивости или раздражительности (особенность ипохондрической депрессии). Двигательное торможение отсутствует: больные громко, с напором излагают бесчисленные жалобы, сетуют на нездоровье. Ипохондрические депрессии часто принимают затяжное течение, особенно у больных пожилого возраста.

* Меланхолическая депрессия наблюдается реже у взрослых, чаще у подростков в старшем и среднем подростковом возрасте, причем у девочек значительно чаще, чем у мальчиков. Все основные симптомы бывают представлены достаточно отчетливо: болезненно угнетенное настроение, безысходная тоска, малоподвижность, застывшая скорбная поза и мимика, тихий голос, замедленные лаконичные ответы, застывший, устремленный в одну точку взгляд и т. п.

Если депрессия развертывается в ситуации, когда подростку грозит наказание за совершенные ранее проступки, то общая заторможенность может достигать степени депрессивного ступора (Наталевич Э. С. и др., 1982). Как правило, имеют место суицидные мысли, и лишь недостаток энергии, малоподвижность препятствуют иногда осуществлению попыток к самоубийству.

Содержание депрессивного бреда у подростков несколько отличается от того, что приходится слышать при депрессии от взрослых. Подросток считает, что он бесконечно виноват перед родителями и школой за свое прежнее «ужасное поведение», что он «подвел товарищей» и т. п. Малейшие недостатки внешности начинают казаться отвратительными уродствами, за которые заслуженно презирают сверстники и жалеют старшие. Характерны также самоукоры в том, что «раньше зазнавался», кичился успехами или красотой.

Вегетативные симптомы депрессии бывают выраженными. В отличие от взрослых, у которых тяжелая депрессия слезами обычно не сопровождается, у подростка она может проявиться непрерывным плачем.

Меланхолической депрессии присущи бессонница (особенно часто не спят в предутренние часы - среди ночи просыпаются и больше не могут уснуть). Аппетит утрачен, появляются запоры, исчезает половое влечение, у мальчиков прекращаются спонтанные эрекции и поллюции, у девочек наступает аменорея. Пульс учащен, нередки повышения артериального давления. Дыхание поверхностное, с периодическими глубокими тяжкими вздохами. Кожа сухая, покровы бледные, язык обложен.

* Психотическая депрессия — термин для длительного депрессивного периода, в частности у меланхолической натуры, когда пациент испытывает такие психотические симптомы как бредовые идеи, или реже галлюцинации. Эти симптомы почти всегда соответствуют настроению (содержание совпадает с депрессивными темами).
* Депрессия застывающая – инволюционная — редкая и тяжёлая форма клинической депрессии, включающая расстройство двигательных функций и другие симптомы. В этом случае человек молчит и почти находится в состоянии ступора, и либо недвижим, либо совершает бесцельные или даже аномальные движения. Подобные кататонические симптомы также проявляются при шизофрении, маниакальных эпизодах, или являются следствием злокачественного нейролептического синдрома.
* Послеродовая депрессия в той или иной степени возникает почти у 50% родивших женщин. Частично ее причиной является гормональные перестройки в организме женщины. Другая причина это огромная усталость. Первые месяцы, после рождения ребёнка, требуют много сил. Ребёнок плачет, у него может болеть живот, он просто не спит и у женщины просто не остаётся времени на то, чтобы восстановить силы. Если роды были тяжёлыми, если была сделана операция, это может ещё больше усугубить положение. У женщины может сильно болеть грудь из-за трещин сосков. Ребёнок при этом плохо ест и становится очень беспокойным. В итоге может развиться послеродовая депрессия.

Признаком послеродовой депрессии является чувство угнетённости. Появляется нервозность, страх, апатия, чувство постоянного беспокойства. Женщина начинает страдать бессонницей. Это ещё больше мешает ей восстановить силы после тяжёлого дня. Женщина может чувствовать вину перед ребёнком или чувство собственной неполноценности. Такие эмоции часто возникают после тяжёлых родов. Появляется капризность, слезливость, безразличие к ребёнку, страх одиночества и в тоже время стремление к уединению. Появляется негативное отношение к мужу и самой себе.

Послеродовая депрессия служит сигналом к тому, что женщина превысила свои физические и эмоциональные возможности.

* Реактивные депрессии возникают, как правило, в связи с тяжелой психической травмой ("ударом судьбы"). Свойства психической травмы чаще приобретают события, которые и вне рамок психической патологии вызывают реакции горя: необратимые утраты (смерть близких родственников), распад семьи, разрыв с близким человеком, судебное преследование, потеря работы и т.д.

Для возникновения реактивной депрессии наряду с психотравмирующим воздействием имеют значение и некоторые другие факторы (наследственная отягощенность аффективными психозами, конституциональное предрасположение, возраст, культуральные особенности больных, предшествующие психические травмы). Содержание психогенного комплекса реактивной депрессии находится в прямой связи с психотравмирующими событиями. С исчезновением причины (или по мере ее дезактуализации) происходит обратное развитие депрессивной симптоматики.

В рамках реактивной депрессии выделяют острые депрессивные реакции с чрезмерной силой аффективных проявлений психогенно помраченного сознания с преобладанием диссоциативных расстройств в виде эксплозивных вспышек с отчаянием, рыданиями, обмороками. Такие состояния во времени непосредственно связаны с происшедшим несчастьем, непродолжительны и чаще попадают в поле зрения врача общей практики (врач скорой помощи) в связи с суицидальными попытками. Значительно чаще наблюдают затяжные, медленно развивающиеся депрессии, симптоматика которых (подавленность, безнадежность, слезливость) приобретает синдромальную завершенность лишь спустя определенное время после психической травмы. Одной из наиболее распространенных психогенных реакций являются истерические депрессии. Клинические проявления истерических депрессий отличаются большой драматичностью психогенного комплекса (изменчивые, образные, сценоподобные представления, отражающие индивидуально значимое событие), выраженностью соматовегетативных и конверсионных (астазия-абазия, "ком" в горле, афония) проявлений.

* Сезонное аффективное расстройство — это уточняющий термин. Депрессия у некоторых людей имеет сезонный характер, с эпизодом депрессии осенью или зимой, и возвращением к норме весной. Диагноз ставится, если депрессия проявилась по крайней мере дважды в холодные месяцы и ни разу в другое время года в течение двух лет или более.

Дистимия — хроническое, умеренное нарушение настроения, когда человек жалуется на почти ежедневное плохое настроение на протяжении, по крайней мере, двух лет. Симптомы не такие тяжёлые, как при клинической депрессии, хотя люди с дистимией одновременно подвержены периодическим эпизодам клинической депрессии (иногда называемой «двойной депрессией»).

У этих больных отмечается интровертированность, угрюмость, заниженная самооценка. Для больных характерно множество соматических жалоб. Основным симптомом является ощущение печали, видение мира в черном свете, снижение интересов. Больной с дистимией бывают саркастическими, нигилистическими, размышляющими, требующими м жалующимися. У таких больных часты трудности в интерперсональных отношениях: с коллегами по работе, в семейной жизни. Возможно злоупотребление алкоголем. Здесь дистимия может быть как первична, так и вторична.

Выделяют соматизированную и характерологическую дистимию.

Соматизированная (катестетическая) дистимия. Доминируют соматовегетативные и астенические симптомокомплексы. Характерно наличие тревоги или подавленности. Аффективные симптомы интегрированы с соматоформными расстройствами, то есть оцениваются как следствие постоянного физического недомогания. Впоследствии на первый план выступает либо астения, либо явления невротической ипохондрии.

Характерологическая дистимия. На первом плане в клинической картине стоят психопатические проявления - демонстративность, манипулятивное поведение, вспышки эксплозивности. Преобладают явления дисфории, брюзжание, сварливость с недовольством и придирчивостью. Повышена требовательность к окружающим. Формируется дисфорически-мрачное мировоззрение.

Эндогенная дистимия. Эндогенная дистимия нередко сочетается с периодами более тяжелой "большой" эндогенной депрессии, типичен семейный анамнез по МДП, типична бОльшая монотонность плохого настроения, меньшая его реактивность на внешние события, бОльшая глубина депрессии, больше тоски, меланхолии, больше тревожный компонент, нередко выражены типичные суточные колебания, "витализация тоски". [Каменсков ]

Иные депрессивные расстройства (DD-NOS) обозначаются кодом 311 и включают в себя депрессивные расстройства, которые причиняют ущерб, но не подходят под официально определённые диагнозы. Согласно DSM-IV, DD-NOS охватывают «все депрессивные расстройства, которые не соответствую критериям какого-либо конкретизированного расстройства». Они включают в себя исследование диагнозов Повторяющейся скоротечной депрессии [Recurrent brief depression], и Малой депрессии, указанных ниже:

Повторяющееся скоротечное расстройство [Recurrent brief depression] (RBD) отличают от большого депрессивного расстройства преимущественно из-за различия в продолжительности. Люди с RBD испытывают депрессивные эпизоды раз в месяц, с отдельными эпизодами, длящимися менее двух недель, а обычно менее 2-3 дней. Для диагностирования RBD необходимо, чтобы эпизоды проявлялись на протяжении по крайней мере одного года и, если пациент является женщиной, то независимо от менструального цикла. У людей с клинической депрессией может развиться RBD, равно как и наоборот.

Малая депрессия, которая не соответствует всем критериям клинической депрессии, но при которой хотя бы два симптома присутствуют в течение двух недель.

* 1. Биполярные расстройства

Биполярное аффективное расстройство, Перепады от эмоционального подъёма к эмоциональному упадку – эти крайние противоположности ассоциируются с биполярным расстройством, душевным заболеванием, которое характеризуется серьёзной, а порой даже опасной нестабильностью настроения. Биполярное расстройство также известно как мания- депрессия или маниакально-депрессивное заболевание, при котором на одном полюсе находится маниакальное поведение, а на другом – депрессия.

Глубокие колебания настроения при биполярном расстройстве могут продолжаться в течение недель и месяцев, причиняя большие жизненные неприятности как больному человеку, так и его семье и друзьям. Исследования последних лет показали, что биполярное расстройство проявляет себя широким спектром симптомов и что многим людям неправильно ставится диагноз. Оставаясь нелеченным, биполярное расстройство утяжеляется, и это объясняет большую частоту самоубийств среди страдающих этим заболеванием. Эффективное лечение возвращает человека к полноценной и продуктивной жизни.

Симптомы биполярного расстройства характеризуются сменой эмоциональных состояний – чрезвычайно высокого уровня (мании) и наоборот низкого (депресиия). Интенсивность выраженности может варьировать от лёгкой до тяжёлой. Могут также быть периоды, когда эмоциональное состояние и жизнь не отличаются от нормальных.

Симптомы биполярного расстройства отражают цепочку различных эмоциональных состояний.

В маниакальной фазе:

* Эйфория.
* Чрезмерный оптимизм.
* Очень завышенная самооценка.
* Слабость суждений.
* Ускоренный темп речи.
* «Скачка» мыслей (укоренный темп мышления).
* Агрессивное поведение.
* Психомоторное возбуждение.
* Повышенная физическая активность.
* Опасное, «рискованное» поведение.
* Большие затраты времени на увеселительные мероприятия.
* Повышенное стремление к постановке , выполнении и достижении целей.
* Повышенная сексуальная активность.
* Пониженная потребность в сне.
* Тенденция к отвлекаемости и невозможность сконцентрировать внимание.
* Злоупотребление психоактивными веществами (наркотиками, алкоголем и т.п.)

В депрессивной фазе:

* Печаль, уныние.
* Безнадёжность, отчаяние.
* Суицидальные мысли и поведение.
* Тревога.
* Чувство вины.
* Нарушения сна.
* Нарушенный аппетит.
* Повышенная утомляемость.
* Снижение интереса к повседневной активности.
* Проблемы концентрации внимания.
* Раздражительность.
* Хроническая боль без видимой причины.

Подтипы включают:

Биполярное расстройство 1 (Bipolar I) определяется, если наличествует или случался ранее один или более маниакальный эпизод с наличием или отсутствием эпизодов клинической депрессии. Для диагноза по DSM-IV-TR, требуется не менее одного маниакального или смешанного эпизода. Для диагностики Биполярного расстройства I депрессивные эпизоды хоть и не обязательны, но проявляются довольно часто.

Биполярное расстройство 11 (Bipolar II) состоит из повторяющихся чередующихся друг с другом гипоманиакальных и депрессивных эпизодов.

Циклотимия— Клиническая картина циклотимии. Симптомы могут быть такими же тяжелыми как и при биполярном расстройстве, но по продолжительности они не соответствуют критериям данного расстройства. В качестве основного симптома наблюдается депрессия, возможна быстра смена фаз в течение нескольких часов. Возможно развитие выраженной тревожной депрессии с навязчивыми идеями.

Диагностические критерии

* 1. Наличие в течение 2 лет (1 год для детей и подростков) многочисленных гипоманиакалиных и депрессивных эпизодов. Отсутствие ремиссии превышающей 2 месяца.
	2. Отсутствие тяжелого депрессивного/маниакильного эпизода на протяжении этого периода времени. Если таковые имеются после смены нескольких фаз циклотимии - ставится дополнительный диагноз.
	3. Отсутствие психотического заболевания.
	4. Отсутствие органического фактора.

При биполярном расстройстве у некоторых людей наблюдается ускоренная цикличность состояний, например тогда, когда смена волн настроения происходит по четыре и более раз в году. В этом случае речь идёт о биполярном расстройстве с ускоренной цикличностью. Ещё один вариант, когда одновременно наблюдаются симптомы , характерные как для маниакальной фазы, так и для депрессивной. В этом случае речь идёт о смешанном биполярном расстройстве.

## Тяжёлые эпизоды как мании, так и депрессии могут приводить к психотическому состоянию, или отрешённости от реальности. Симптомы психоза могут включать слуховые или зрительные иллюзии и галлюцинации.

По степени тяжести аффективные состояния (депрессии) клиссифицируются следующим образом:

Субдепрессии:

1. могут наблюдаться моносимптомы

2. депрессивный синдром может быть замаскирован другими синдромами

Умеренные депрессии:

1. основные проявления выражены умеренно

2. снижение функционального и профессионального функционирования

Тяжелые депрессии:

1. без психотических проявлениями (доминирует либо тоска, апатия, тревога, беспокойство т.п., выраженная социальная дезадаптация)

2. с психотическими проявлениями (бредовые идеи вины, болезни, двигательная заторможенность вплоть до ступора или ажитация).

Диагноз депрессивного эпизода ставят при условие, если дерпессия возникла впервые. Диагноз рекуррентного депрессивного расстройства ставят в том случае, если наблюдается повторный депрессивный эпизод.

Депрессии диагностируются при помощи следующих методик:

* Шкала Цунга
* Шкала Гамильтона
* Тест Роршаха: скудная ассоциативная ассоциативно-интеллектуальная деятельность, замедленное реагирование.
* Тематический апперцептивный тест: рассказы пациента с депрессией печальны.

**Список литературы**

* 1. Бауэр М. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. - М.: Алетейа. - 1999. – 504 с.
	2. Каменсков М.Ю. Аффективные расстройства. - М.: Институт психиатрии и клинической2 психологии, 2009.
	3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для студентов мед. вузов /Б.Д. Карвасарский . - С-Пб. – Питер. - 1999.
	4. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. - М.: ЭКСМО. - 1999.
	5. Самохвалов В.П. Психиатрия. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2002
	6. Сэдок Б. Психиатрия: Пер. с англ. – М.: 2000.