Лекция

ТЕМА: МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

 На прошлой лекции мы говорили о шизофрении, заболевании которое обладает прогредиентным течением - чем дальше, тем состояние больного становится все хуже и хуже. Лечить ее трудно, лечение не очень эффективно. Удается затормозить процесс, но не более того. А сегодня мы будет говорить с гораздо большим оптимизмом - об аффективных психозах, и в частности об маниакально-депрессивном психозе. Еще в давние времена, люди замечали, что душевные расстройства, очень часто могут начинаться, без видимых причин, и могут превращаться - и после того как прекращается период, человек остается практически здоровым, его личностные изменения не очень выражены. Чаще всего эти наблюдения касались людей, у которых время от времени возникали депрессивные состояния - меланхолические состояния, и маниакальные состояния, которые могут сочетаться с бредом, возбуждением, с расстройством сознания. Но самое главное эти больные выздоравливают. И выздоравливают не смотря на то, что их лечат. Зачастую приходится поправлять докторов - ваш больной выздоровел не в результате лечения, а в ходе лечения - лечение шло само собой, а выздоровление само собой. Временами больные выздоравливают вопреки лечению - лечение может быть неадекватно состоянию, когда больному организму приходится справляться не только с болезнью, но и с лечением. Длительное время выделяли в классификациях такие болезни как периодическая меланхолия, периодическая мания. Очень долгое время психиатры смотрели больных не в длиннике, а в поперечнике (разрезе). Именно Э. Крепеллин стал наблюдать течение болезни. Когда изучаешь болезнь в процессе то замечаешь , что бывают депрессивные расстройства, которые могут чередоваться с маниакальными. Крепеллин объединил эти состояния, и дал название маниакально-депрессивный психоз ( 1889). С тех пор понятие маниакально-депрессивного психоза прочно вошло в практику психиатрии. В последнем пересмотре МКБ диагноз маниакально-депрессивного психоза уничтожен. Больные МДП для врача - это самые благодарные пациенты - имеется в виду не материальную благодарность, а психологическую. Так как у врача бывает очень не много моментов, когда он бывает удовлетворен своей работой.

 МДП - это эндогенное заболевание, основанное на наследственной предрасположенности, протекающее в виде маниакальных и депрессивных фаз, между которыми имеются светлые промежутки.

 Если мы как следует научимся лечить маниакальные и депрессивные фазы, быстро и качественно лечить, если мы научимся вести профилактику, то перед нами будет практически здоровый человек. У хороших психиатров, процент такого выздоровления достигает 70-80%, и интеллект их не страдает. МДП страдали Хеменгуэй, Врубеля и др. Но это не значит что все больные этим заболеванием гениальны, также как, что талантливые люди - больные. Просто приводим пример, людей которые на слуху, известны. В какой-то мере сюда можно отнести Ван Гога.

 Поскольку при этом заболевании личность не изменена, эти больные ходят на консультации, советуются и т.д.

 Эта болезнь имеет два пика возникновения: между 20 и 30 годами, второй пик - период климакса, инволюции. Чаще болеют женщины, что показывает, что у женщин психические заболевания протекают несколько легче. Соотношение между мужчинами и женщинами 1 к 3. В клинической картине наблюдаются маниакальные и депрессивные фазы. Но это не значит, то одна фаза сменяет другую. Гораздо чаще - на 4 депрессивные фазы приходится одна маниакальная. Поэтому течение МДП принято разделять на 2 вида: монополярное (в клинической картине проявляется одна фаза - чаще это депрессивные фазы, крайне редко с маниакальными фазами) - депрессивная фаза - светлый промежуток - депрессивная фаза - светлый промежуток и т.д. Биполярное течение - депрессивная фаза - светлый промежуток - маниакальная фаза - депрессивная фаза и т.д. Бывает сдвоенная фаза - депрессивная переходит сразу в маниакальную. Обострения МДП, возникновения фаз - периодическое, кроме того с сезонными обострениями (весна и осень). Существуют множество исследований посвященных этиологии, патогенезу.

 Это одна из наиболее изученных болезней в психиатрии. Ее удалось изучить в процессе лечения. Эмпирически удалось открыть препараты уменьшающие депрессию - антидепрессанты. При этом было обнаружено что антидепрессанты, в основе своего механизма действия имеют влияние на нейромедиаторы. При депрессивных фазах - мало серотонина и норадреналина. Отсюда пошло лечение, то есть лекарства здесь стали как бы приспособлением, "скальпелем" фармакологическим. Известно, что в возникновении МДП участвует в первую очередь - срединные структуры мозга.

 Это заболевание глубоко биологическое, а то что мы видим в ощущениях больного, в его переживаниях - это только лишь психологическая окраска, тех биологических изменений , которые происходят в организме. Примером тому - в природе есть аналоги МДП - спячка у животных (медведи, ежики и др.), если медведя обследовать во время спячки, то у него биохимические и физиологические показатели будут соответствовать тому что есть у человека - депрессии, у него нет психологической психики и он спит.

 ***Клиническая картина.***

 Такие больные могут попадаться к терапевтам, в первую очередь к невропатологам ( больные идут к ним, потому что думают что болезнь эта "от нервов".

 Депрессивная фаза. Крепеллин описал классическую картину депрессию (встречается реже). Крепеллин выделил триаду (триада Крепеллина) симптомов: ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПОНИЖЕННОЕ, ТОСКЛИВОЕ НАСТРОЕНИЕ, ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКАЯ, ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ ФИЗИЧЕСКАЯ.

 Человек становится малоподвижным, движения замедлены, речь медленная.

 Подавленное настроение: больные МДП отмечают, депрессивное состояние совсем не то, как состояние после какого-то горя (например больной перенес депрессивную фазу, а потом у него что-то случилось с родственниками, и он говорит, что это горе, совсем не то, что депрессия). Если спросить такого человека: "а что плохо?" - он ответит "душа болит". Он пальцем покажет где болит у него душа - предсердечная тоска, витальная тоска, когда чувство не дает покоя - давит, не дает жить. Это эмоциональное чувство обращенное в прошлое, и в настоящее время - все было плохо, и сейчас плохо, и ничего хорошего не будет. Ни одна светлая мысль не приходит в голову. Мысли все крутятся вокруг себя, вокруг тех ошибок, какие в жизни совершил. Каждая ошибка возводится в ранг государственного преступления. Женщина начинает копаться в себе - " я плохая, я хуже других, я плохо воспитывала детей, я мало уделяла внимания мужу". Все это сопровождается колоссальным чувством вины, что подталкивает к тому, что перспективы нет - " я не имею право жить, я не имею право есть". Люди стремятся к суициду, но поскольку интеллект сохранен, то они суицид втихую от других тщательно подготовят и выполнят. Именно поэтому больных в состоянии депрессии, с идеями малоценности, самообвинения, самоуничижения лечат в стационарах.

 Сниженное настроение имеет тенденцию улучшаться к вечеру - типичные, суточные колебания: с утра чувствует хуже, и вечером ему чуть лучше. Больные вводят вас в заблуждение - мне действительно легче к вечеру, потому что день прошел, вот уже спать пора, придут дети, родственники - это называется рационализация. Диф.диагностика с неврозами: при неврозах настроение хуже к вечеру. Больные заторможеные психически и физически. В эмоциональной сфере нет каких-то критериев, а сравнить можно человека только с самим собой. Например приходит пациент, которого всегда привыкли видеть прямым, с расправленными плечами, с блеском в глазах, - приходит в согбенной позе, лицо гипомимично, глаза тусклые, маломигающие и вся мимика лица имеет трагичный вид - углы рта опущены, на верхнем веке образуется характерная специфическая складка - складка Верогуда; идет медленно, сел в кресло и "расплылся" в нем; сам первый не начнет говорить, а когда разговаривает то ответы односложные, монотонным голосом.

 Очень большое значение в диагностике депрессивных расстройств имеет соматическая и вегетативная симптоматика, и зачастую она выходит на первое место (акроцианоз, влажные руки). Депрессивные больные не плачут, они даже говорят , что им бы хотелось поплакать, но не могут - "у меня нет слез". И первые слезы у депрессивных больных - это всегда признак улучшения (это надо объяснить родственникам). Депрессивному больному легче одному, а не в обществе. Такие больные легче себя чувствуют лежа, и ничем не занимаясь - любое напряжение вызывает ухудшение состояния. Больному по этому поводу говорят - "возьми себя в руки", а он не может этого сделать - и начинается новый круг - "я не могу это сделать, я плохой". Поэтому никогда никаким больным нельзя говорить "возьми себя в руки".

 Больные жалуются на сухость во рту. У больных развивается атония кишечника, вследствие чего развиваются упорные запоры и если не следить за регулярностью стула, то это может привести к каловому завороту. У больных снижен аппетит, и больные (вне зависимости от этого) теряют в весе за короткое время - это индикатор - если вес повышается то это выздоровление. У женщин - нарушение менструальной функции - задержка месячных (то же индикатор). Бывает так, что дают лекарство, вроде бы есть улучшение состояния, а месячных нет - в этом случае говорят, что это лекарственное улучшение.

 Очень характерен сон для таких больных - бессоница - вечером они вовремя быстро засыпают, но рано пробуждаются (в 3-5 часов утра). Утром у этих больных состояние самое тяжелое (это самое подходящее время для суицида). Ранние пробуждения встречаются у пожилых людей (считается что механизм старения и депрессии один и тот же), хронических алколиков с абстинентным синдромом.

 Такой развернутый синдром встречается не всегда, гораздо чаще встречаются другие - меланхолический синдром меньшей выраженности - анергическая депрессия ( анергия -отсуствие энергии, заторможенность, но выражена меньше). Здесь нужна тщательная дифференциальная диагностика от невротических состояний. Человек, устроен так, что он пытается все объяснить: "наверно я устал, я же много работал, конфликтовал с женой и т.д.". Настроение то же снижено, но не в столь большой степени, может быть предсердечная тоска. Человек понимает, что надо жить, надо что-то делать, но не может. Такие больные говорят, что "глазами они бы все сделали", а руками не могут. И какое-то напряжение, проявление активности - сразу ухудшает самочувствие. Но для всех депрессивных состояний характерно: суточные колебания, раннее пробуждение, плохой аппетит, падение веса, нарушение менструальной функции, сухость во рту, запоры. То есть депрессия выражена не столь сильно, но соматические и вегетативные симптомы остаются теми же самыми. Эти больные не высказывают выраженных идей самообвинения, а они при распросе буду рассказывать: " у меня в последнее время появилось чувство зависти к людям", и больной подчеркнет , что это не черная зависть, а белая - "все люди ходят на работу, воспитывают детей, отдыхают.... а я не могу". Как правило, депрессиями, характерологически болеют люди хорошие, высокоморальными, с твердыми нравственными устоями, и эти люди стыдятся своего чувства зависти.

 Тревожно-депрессивный синдром: при этом синдроме появляется чувство тревоги - чувство тревоги направлено в будущее, постоянное опасение - "что-то может случиться, что - то может произоити". Эти больные даже отличаются внешне, от меланхолических больных: в облике, в выражении лица заметно чувство тревоги - напряженное лицо, блестящие глаза, тревожный взгляд (немигающий). Если больные с тоскливой депрессией в беседе с врачом раскрываются полностью, то тревожный больной придет, сядет и замрет в ожидании. Всегда перед тем как начинать беседу с больным надо выдержать паузу. Депрессивные больные будут держать паузу сколько угодно, тревожные больные этого не выдерживают. Он первым начнет разговор, он будет перебирать руками ("симптом беспокойных рук"), будет теребить край одежды, не может сидеть спокойно и поэтому попросить разрешения встать и будет ходить. Временами тревожные больные могут доходить до состояния оцепенения (тревожное оцепение может достигать ступора). Эта обездвиженность напряженная, обездвиженность ожидания - "что случится, что произойдет?". Чаще мы имеем дело с тревожным возбуждением, что носит название тревожная ажитация. В легкой степени - это перебирание руками, невозможность сидеть на одном месте. В тяжелой степени - больные бегают по отделению, по палате, просят умертвить их, отказываются от еды, бьются головой о стенку, могут выброситься в окно. Это страшное, душераздражающая ситуация. Остальная соматическая и вегетативная симптоматика примерно та же. Тревожные депрессии чаще наблюдаются у женщин в возрасте инволюционном. Кроме того, что они высказывают мысли о собственной ненужности, никчемнности, у них есть интерпретация того что происходит. "Люди на меня смотрят, а почему они на меня смотрят - а потому что я плохой человек, у меня даже на лице написано что я плохой, поэтому они смотрят на меня. Они переговариваются обо мне, делают знаки". Тревожно-депрессивный бред может сочетаться с явленями инценировки - что вокруг подстроено, все не случайно, "меня проверяют, учат, готовят к чему-то". Нередко тревожная депрессия сопровождается сенестопатиями - очень неприятные, зачастую болевые ощущения, которые очень трудно описать словами, трудно локализовать, но они болезненны, неприятны - чувство жара в теле, ползание мурашек, могут быть в виде жжения, очень часто они локализуются в области шеи, плечевого пояса, неприятные, схваткообразные ощущения в животе. Тревожная депрессия может разной степени выраженности - может слабовыраженная депрессия - при ней врачи во первых обратят внимание на жалобы больного, то есть сама депрессия как бы замаскировывается сенестопатическими жалобы. Еще в начале века появилось такое понятие как скрытая депрессия - маскированная депрессия ("депрессия без депрессии"). Один из первых, кто описал это состояние был русский терапевт профессор Пикнев (ввел термин соматофрении). Маскированных депрессий очень много, по некоторым данным около 40% женщин, обращающихся участковому терапевту имеют эту депрессию. И такие больные могут годами лечится от какого-то соматического заболевания, и только тогда, когда он совершит суицид, становится понятным что он болен. Поэтому есть необходимость иметь психиатра, психотерапевтая в поликлиниках, больницах ( что во всем мире уже есть). В психиатрии такого диагноза, практически нет, так как психиатр обязан увидеть такую депрессию, этот термин больше для терапевтов.

 Депрессивно-деперсонализационный синдром. Здесь к депрессию просоединяются явления деперсонализации. Например, аллопсихическая деперсонализация - "я стал черствым человеком, у меня отсутствуют всяческие чувства, меня ничто не может обрадовать или опечалить, у меня нет никаких эмоциональных отношений по отношению к людям, природе, у меня нет никаких чувств, я живу только умом. Я знаю , что я тебя люблю, но знаю , что только умом". Соматопсихическая деперсонализация - нет чувства голода, насыщения, вкуса пищи, нет позывов на мочеиспускание, дефекацию, утрачена болевая чувствительность. И все это, помогает людям совершать суицидные попытки. Например, одна больная, чтобы хоть что-нибудь испытать - царапала себе роговицу. Это страшное состояние, оно очень тяжело переживается. Получается парадокс - "я ничего не чувствую, и очень страдаю от этого". Латинское название этого состояния anestaesia psichica dolorosa.

 Течет депрессия длительно - от 3-4 месяцев и до года. Она постепенно начинается, и постепенно заканчивается, что и называется фазой. Для лечения депрессивной фазы применяются антидепрессанты, а для профилактики - применяют препараты лития - карбонат лития, оксибутират лития. Применяют электросудорожная терапия.

Маникальная фаза. Крепеллин также описал маниакальную триаду:

1. болезненно приподнятое настроение
2. психическое возбуждение
3. физическое возбуждение.

Болезненно приподнятое настроение - это не то настроение, которое бывает у нас с вами на какое-то событие, это настроение которое эндогенно прет, радость великая, "все хорошо, все прекрасно, хочется жить, любить, песни петь, плясать, стихи читать" и больные это делают. Самое главное что это настроение ничто не омрачняет. Человек не минуты не находится без дела, он постоянно в движении, буквально скачет по стульям, кроватям. Украшает себя цветами, орденами, делает прическу, накладывает яркий макияж. Например приходит пациентка - накрашена, вся в кольцах, цепях и т.д. говорят без конца, без умолку, поют песни, стихи читают. У этих больных имеется гипермнезия - болезненное усиление памяти - вспоминается все - все стихи, песни и т.д. Кроме того, эти больные сами прекрасно пишут стихи, могут рифмовать слова до бесконечности. У этих больных облегченные ассоциации - мысль скользит по поверхности, например по созвучию - "морозы, дозы, розы, позы", ассоциации по контрасту - было про черное, говорят про белое. Ассоциации по смежности, по родству - говорил про отца, затем про мать и т.д. Вглубь пройти такие ассоциации не дают. Постоянно эти больные отвлекаются, перескакивает с одно на другое, раздает комплементы, целует другим руки. В отделении такие больные начинают работать, и не доводят дела до конца, поэтому они спят мало. Встают рано, хватают ведро и бегут мыть полы, ему кричат: "Вася иди сюда" и он бежит, забывая про полы. Эти единственные больные, которые заражают своим весельем. С таким больным действительно не удержаться от смеха, потому что они умные, остроумные, расскажут анекдот смешной и т.д. Когда такие больные выздоравливают они говорят так: "вы знаете доктор, я понимаю, что состояние мое было болезненное, что жить в этом состоянии было нельзя, я и так наделал кучу глупостей, но это состояние было очень приятным". Больные не хотят, чтобы это состояние повторилось вновь, но вспомнить приятно. Такие больные могут натворить чего угодно. Например, девушка , закончив школу поступила на работу в новосозданный демократический Ленсовет, а тем временем у нее постоянно развивалось маникальное состояние, а была она секретарем в отделе по улучшению жилплощади. А в этом отделе, ясное дело, много народу, старики. Ее всем хотелось помочь, потому что старики плачут, жалуются. Она пошла и купила аминазин, на следующий день все старики лежали в приемной, в состоянии ортостатического коллапса. Маникальное состояние надвигается. Она решила собрать одноклассников, а родители уехали. Она пошла по знакомым, набрала кучу денег, стала закупать ящики вина, продуктов. Денег ей не хватало, поэтому она сделала себе удостоверение, и пошла инспектировать магазин, ей конечно стали давать продукты. Она пригласила свой и параллельный класс. Они отпраздновали, поехла кататься на пароходах, а квартиру не закрыли. За ночь всю квартиру обокрали, не оставили ничего, а утром приехали родители. Скопилось куча долгов, в исполком пошли возмущенные директора магазинов, которые давали взятки. Завели на нее уголовное дело, за использование служебного положения.

 Или другой пример, был оченб хороший интеллектуальный человек, начитанный. Работал инженером. Пригласил к себе гостей из Москвы. Он их сводил по различным достопримечательным местам. А потом решил, восстанавливать памятники, которые были в плохом состоянии. И когда он мыл, памятник Лермонтову, на него напали хулиганы. Он обратился в милицию (милиционера, ( кстати говоря психиатрию проходят) и они отправили его в психиатрическую больницу. Все что, было рассказано, называется солнечная мания. Она бывает чаще всего. Но бывают и другие разновидности маникальных синдромом.

 Гневливая мания. Она чаще бывает у людей, у которых имеются сосудистые нарушения, последствия черепно-мозговой травмы, или у человека, у которого маникальные состояния наблюдаются на протяжении многих лет. Все то же самое, но такие больные легко приходят в раздражение - у них проявляется эмоциональная лабильность. Есть идеи переоценки. Поступает такой в больницу, где есть ограничения - из палаты не выходить, за собой со стола убрать и т.д. - что приводит больного в раздражение. Так как переключаемость у таких больных высокая, то опытные специалисты не допустят такого больного до драки, конфликта. Для таких больных характерны идеи дурного обращения - ему препятствуют что-то делать, а он говорит "вы меня бьете", его легонько потолкнули, а он " вы надо мной издеваеетесь" и т.д.

 Если маникальное состояние достигает самой своей вершины, самого развитого состояния, то мы говорим что это неистовая мания. В последние годы практически нет маникального неистовства, так как больные поступают в больницу раньше. Психомоторное возбуждение достигает таких степеней, что когда больной говорит, его невозможно понять - это отдельные слова, никак не связанные между собой - "скачка идей". Больной постоянно в движении - скачет.

 Однако маловыраженные маникальные состояния наблюдается гораздо чаще. Они называются гипоманиями. У человека превосходное настроение, которое ничем не омрачняется. Отвлекаемости больной нет. Есть сосредоченность. Хочется жить, любить, работать. При это не хочется спать, есть, нет усталость. Но если бы не знать , что вслед за гипоманией следует депрессия, то было бы неплохо - можно было войти в гипоманию месяцев на 8 и сделать все, что не успел. Когда психологи занимались изучением гипомании, то выяснилось, что есть большие корреляции гипомании и способности к творчеству.

 Маниакальные состояния длятся короче, не бывают больше 4 месяцев.

 При выходе из маникального состояния и депрессии наступает светлый промежуток, когда человек абсолютно адекватен, здоров.

 Профилактика мании: нейролептики, соли лития.

 Иногда в течение МДП могут наблюдаться смешанные фазы - имеют проявления и мании и депрессии. Чаще всего это бывает на переходе маникального состояния в депрессивное и наоборот. Бывают разные, встречаются не часто. Например, больная лежит с депрессивной маской на лице, а когда говоришь то она быстро и активно начинает говорить. Бывает маникальный ступор - маникальное настроение при полной обездвиженности - сидит больной в состоянии полного блаженства.