

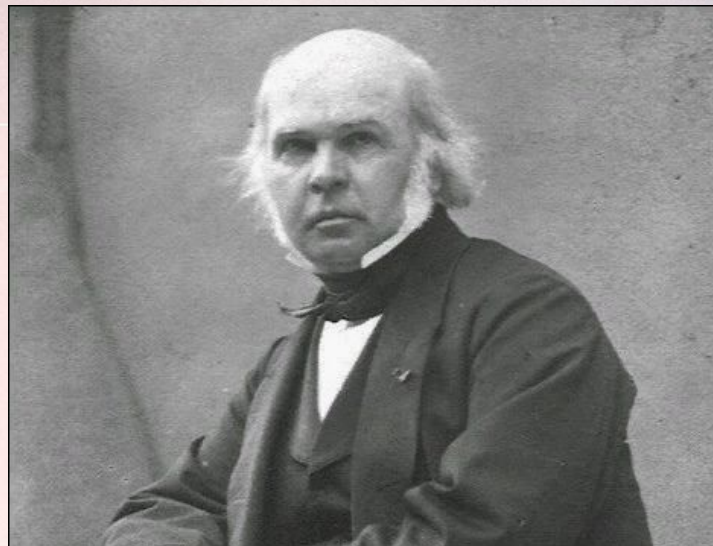
Маниакально-депрессивный психоз (биполярное аффективное расстройство)

Подготовила: Ларионова Ю.С.
Студентка 1 курса, группы ЮР-19-2

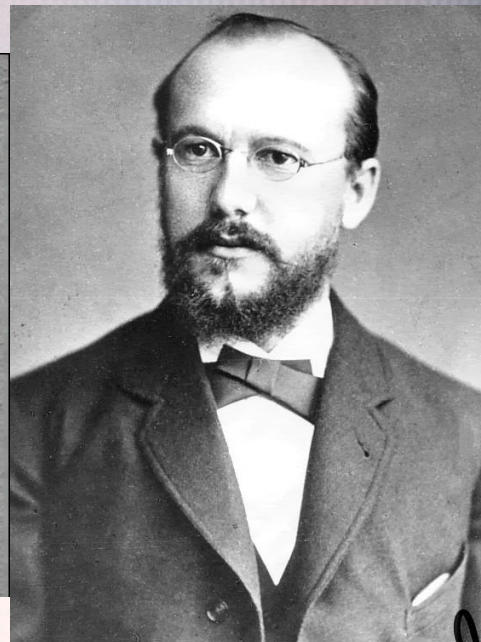
Чита, 2020

Общие положения о маниакально-депрессивном психозе

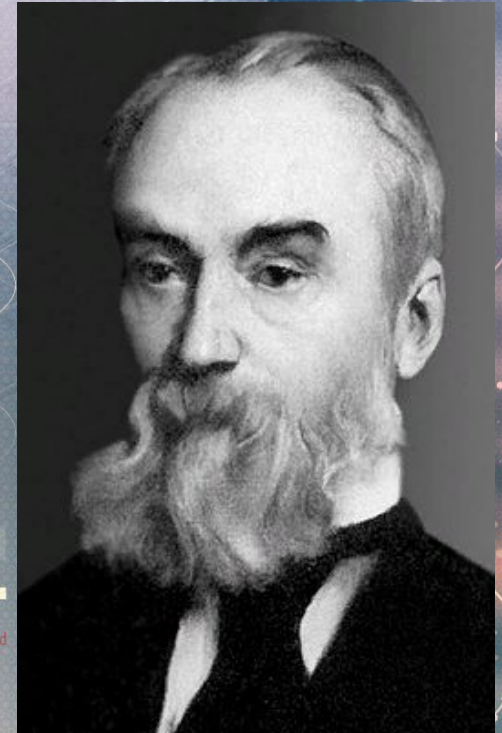
Впервые болезнь в 1854 году независимо друг от друга описали французы **Байярже** и **Фальре**, однако официально МДП был признан самостоятельной единицей только в 1896 году, после появления работ **Крепелина**, посвященных этой тематике.



Ж.П. Фальре



Э.Крепелин



Ж.Г.Ф. Байярже

Биполярным аффективным расстройством (или МДП) называют **психическое отклонение**, при котором наблюдаются нетипичные для обычного человека **смены настроения**.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) F31 – психическое расстройство, при котором наблюдается периодическое чередование депрессий и маний, периодическое развитие только депрессий или только маний, одновременное появление симптомов депрессии и мании либо возникновение различных смешанных состояний.

Мания – это психическое расстройство, которое вызывается возбуждением, а иногда даже сопровождается состоянием бреда или паранойи.

Депрессия – это психическое расстройство, включающая в себя снижение настроения, нарушения в мышлении (пессимистический взгляд на все вокруг происходящее, утрату способности ощущать радость, негативные суждения), двигательную заторможенность.

Причины развития и распространенность маниакально-депрессивного психоза

Заболевание развивается под влиянием внутренних (наследственных) и внешних (средовых) факторов, при этом более важную роль играют наследственные факторы.

К факторам, увеличивающим вероятность развития заболевания, относятся:

- генетическая предрасположенность;
- факторы психогенного типа;
- чрезмерная;
- врожденные заболевания головного мозга.

random][pLasmid

Эпидемиологическая справка

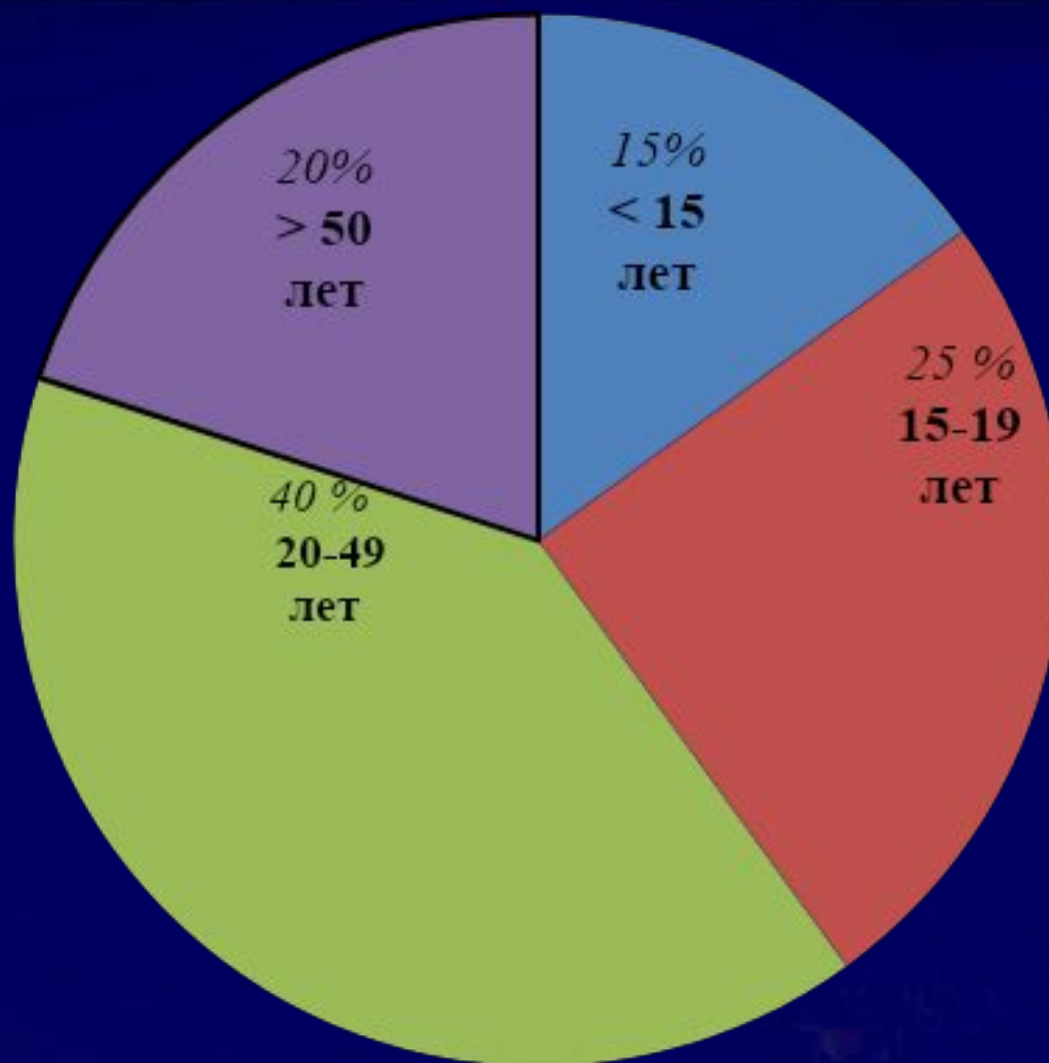
Учеными выяснено, что женщины болеют в полтора раза больше, чем мужчины.

Первые клинические проявления МДП появляются в возрасте 25-44 года.

Российские специалисты называли чуть более низкую цифру – **0,45%** населения и отмечали, что тяжелые психотические формы заболевания диагностировались лишь у трети пациентов. В последние годы данные о распространенности маниакально-депрессивного психоза подвергаются пересмотру, согласно новейшим исследованиям, симптомы МДП выявляются у **1%** жителей Земли.

К факторам риска относят: меланхолический тип личности, статотимический тип личности, шизоидный тип личности, эмоциональную неустойчивость, повышенную тревожность и мнительность.

Возраст, в котором пациенты начинают испытывать значительные проблемы как следствие биполярного расстройства

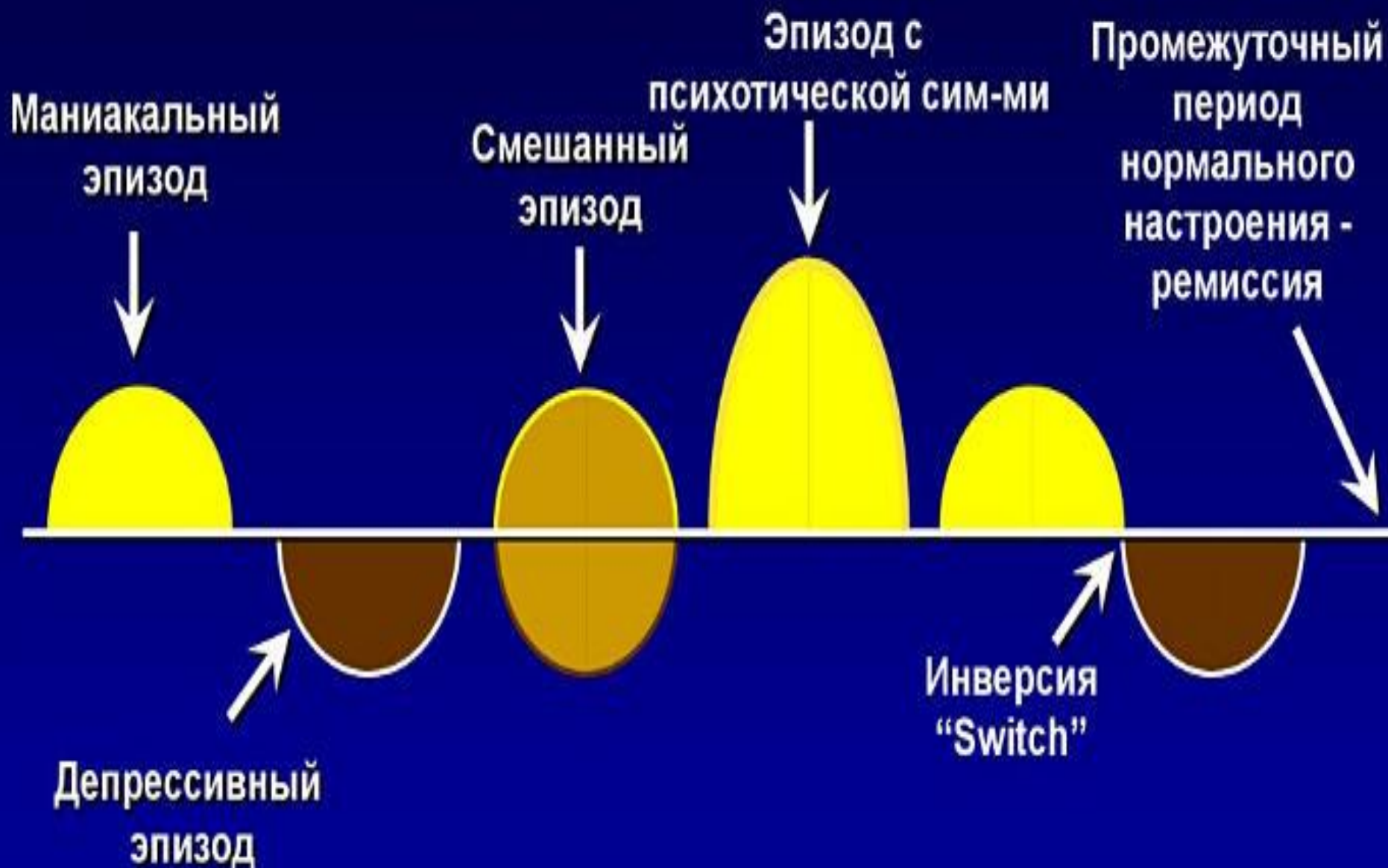


Заболевание делится на несколько видов в зависимости от того, какое состояние — депрессия или мания, преобладает:

- маниакальная фаза;
- доминирование депрессивного состояния;
- чередование с одинаковой длительностью депрессии и мании;
- смена состояний происходит в хаотичном порядке с разной длительностью по времени;
- чередование состояний с наличием между ними интермиссии;
- периоды психического здоровья отсутствуют, мания постоянно чередуется с депрессией.

Депрессивная фаза — фаза с **пониженным настроением,**
маниакальная — с **повышенным.** А между этими фазами могут полностью исчезать психические расстройства, и сохраняться основные свойства личности.

Биполярное расстройство



Маниакальная фаза

Маниакальная фаза – ее характеризуют психическое возбуждение, болезненно приподнятое настроение, общее физическое возбуждение. Больной постоянно находится в движении, «мельтешит», не закончив одного дела – хватается за следующее. Он постоянно отвлекается, его мысли тоже «скачут» с одной темы на другую.

Обычно, настроение человека в этой фазе «ненормально позитивное», он так и сыпет анекдотами, шутками, не может успокоиться.



Депрессивная фаза

Симптомы: тоскливое настроение, физическая и психическая заторможенность.

Движения и речь больного замедленны, настроение подавленное. Несмотря на симптомы, сходные с невротическими нарушениями, маниакально-депрессивный психоз в депрессивной фазе нужно отличать от различных форм невроза. В этом помогают суточные колебания настроения человека, а точнее — их особенности.



Депрессия маниакальная отличается от обычной депрессии тем, что при ней максимально выражены именно физиологические симптомы (потливость, влажные руки, синюшный цвет кожи, нарушения сна и т.д.).

Симптомы биполярного расстройства



во время депрессии

1. Заторможенность
2. Слабость
3. Апатия
4. Возбужденность



во время мании

1. Ускорение темпа мышления
2. Повышение настроения
3. Гипербулия
4. Повышенная самооценка

Чередование фаз

- *Монополярное расстройство.*

При нем в клинической картине чаще всего проявляется только одна фаза (обычно, депрессивная), между ее повторениями наблюдается «светлый период», то есть интермиссия, когда больной чувствует себя нормально.

- *Биполярное расстройство.*

В этом случае, проявляется и депрессивная, и маниакальная фазы. Чередование их примерно такое: депрессия — интермиссия — маниакальный период — депрессия, и.т.д.



Интермиссия — состояние с полным исчезновением имевших место психических расстройств. В интермиссии человек становится таким, каким он был до заболевания.

Циклотимия — хроническое заболевание с частой сменой неглубоких по выраженности аффективных фаз.

Болезненные проявления, как правило, возникают в молодом возрасте (15—20 лет), но редко бывают настолько выраженными, чтобы проводить стационарное лечение. Продолжительность отдельных фаз обычно значительно меньше, чем при классическом варианте МДП (иногда несколько дней).



Клинические различия между биполярным расстройством I и II типа

Клиническая характеристика	Биполярное расстройство I типа	Биполярное расстройство II типа
Симптомы	Более тяжелые симптомы Госпитализация в связи с маниакальным состоянием	Менее тяжелые острые симптомы Меньше психотических симптомов Депрессивные симптомы, как правило, преобладают
Клиническое течение	Маниакальный или смешанный эпизоды и, обычно, депрессивный эпизод	Гипомания и депрессивные эпизоды
Коморбидность	Больше коморбидных расстройств, чем в общей популяции	Больше коморбидных расстройств, чем в общей популяции
Смена эпизодов	Может быть менее частой в сравнении с биполярным расстройством II типа	Может быть более частой в сравнении с биполярным расстройством I типа

Симптомы маниакально-депрессивного психоза

- **Для легкой степени F31.0 (гипомании)** характерно улучшение настроения, увеличение социальной активности, психической и физической продуктивности. Пациент становится энергичным, активным, разговорчивым и несколько рассеянным.
- **При умеренной мании F31.1** (мании без психотических симптомов) наблюдается резкий подъем настроения и существенное усиление активности. Потребность во сне практически полностью исчезает. Наблюдаются колебания от радости и возбуждения к агрессии, подавленности и раздражительности. Социальные контакты затруднены, пациент рассеян, постоянно отвлекается.
- **При тяжелой мании F31.2** (мании с психотическими симптомами) наблюдается выраженное психомоторное возбуждение. У некоторых больных отмечается склонность к насилию. Мышление становится бессвязным, появляются скачки мыслей. Развиваются бред и галлюцинации, по своему характеру отличающиеся от аналогичных симптомов при шизофрении

Маниакально-депрессивный психоз в законодательстве РФ

- Лицо имеющее маниакально-депрессивное заболевание признаётся **невменяемым** и к нему применяются определенные меры медицинского характера.
- Если преступление совершено в межприступный период (*интермиссии*), они признаются **вменяемыми**.

В случаях, когда тяжелое аффективное расстройство развилось *после совершения преступления*, но до вынесения приговора, то оно **нарушает процессуальную дееспособность** обвиняемого и лицо направляется на *судебно-психиатрическую экспертизу*, которая констатирует временное болезненное расстройство психической деятельности и рекомендует ему *принудительное лечение в стационаре*

Судебно-психиатрическая оценка потерпевших, страдающих аффективными расстройствами, имеет свои особенности: Во-первых, жертвы преступлений могут страдать аффективными расстройствами. Во-вторых, у потерпевших нередко после совершения в отношении них противоправных деяний развиваются психогенные расстройства.

Больные лица, могут совершать **различные имущественные сделки**, производить обмен жилплощади, заключать брак. Если подобные гражданские акты совершены во время болезненного аффективного приступа, то **выносится экспертное заключение о неспособности** гражданина в период совершения сделки понимать значение своих действий и руководить ими и гражданские акты или **сделки признаются недействительными**.



МДП отличается от шизофрении:

- 1. Активностью.** Состояние маниакального психоза заставляет человека пребывать на грани испытываемых чувств, эмоции его просто переполняют. Это может быть чрезмерная радость или восторг. В период мании он может быть буйным и навязчивым, однако агрессия проявляется лишь в редких случаях.
- 2. Контактностью.** Человек не замыкается в себе, он остается открытым к общению, и даже сам стремится к этому.
- 3. Личность остается неделимой.** Главное, чем кардинально отличается биполярное аффективное расстройство от шизофрении – это влияние на личностную целостность человека. МДП не разрушает ее. Между фазами депрессии и мании пациент пребывает в нормальном состоянии. Сколько бы ни длился период психоза, личностные качества остаются неизменными.

Шизофренический психоз имеет совсем другую направленность. Человек концентрируется на своих мыслях и переживаниях, замыкается в себе и деградирует.

Смертность при биполярном расстройстве



Комплексный подход к терапии

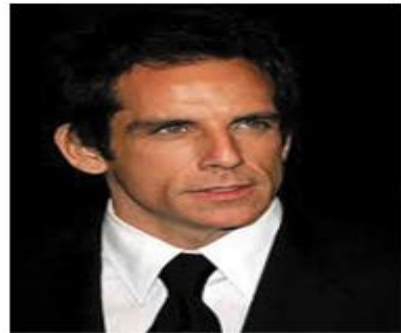
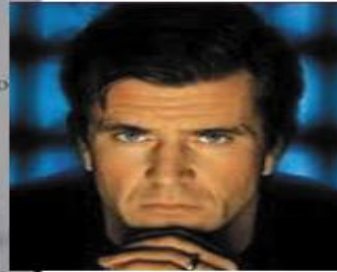
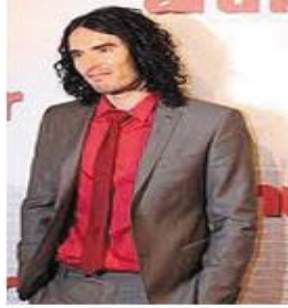
Фармакотерапия

Психотерапия

Участие семьи

Психосоциальное
вмешательство

Система
здравоохранения



Спасибо за внимание!



random]pLasmid

Deoxyribonucleic acid
/ˌdeɪ.ərɪˈnjuːkleɪk.ə.sɪd/ (help) (listen)
DNA is a nucleic acid that contains the genetic instructions used in the development and functioning of all known living organisms and some viruses. The main role of DNA molecules is to store the genetic information. DNA is often compared to a set of blueprints or a recipe, or a code, since it contains the instructions needed to construct other components of organisms that carry this genetic information. The DNA segments that carry this genetic information are called genes, but other DNA sequences have structural purposes, or are involved in regulating the use of this genetic information.

Chemically, DNA consists of two long polymers of simple units called nucleotides, with the bases made of sugars and phosphate groups joined by ester bonds. These two strands run in opposite directions to each other and are therefore antiparallel. Attached to each sugar is one of four types of molecules called bases. It is the sequence of these four bases along the backbone that encodes information. This information is read using the genetic code, which specifies the sequence of the amino acids within proteins. The code is read by copying stretches of DNA into the related nucleic acid RNA, in a process called transcription.

Within cells, DNA is organized into long structures called chromosomes. These chromosomes are duplicated before cells divide, in a process called DNA replication. Eukaryotic organisms (animals, plants, fungi, and protists) store most of their DNA inside the cell nucleus and some of their DNA inside organelles such as mitochondria or chloroplasts. In contrast, a prokaryote (bacteria and archaea) stores most of its DNA only in the cytoplasm. Within the chromosomes, chromatin proteins such as histones compact and organize DNA. These compact structures nucleate and sequence control between DNA and other proteins, including control which parts of the DNA are transcribed.

DNA is a double helix structure. The two strands are antiparallel and are held together by hydrogen bonds between the nitrogenous bases. The bases are adenine, thymine, guanine, and cytosine. Adenine pairs with thymine and guanine pairs with cytosine. The phosphate groups are attached to the 2' carbon of the deoxyribose sugar.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

DNA is a double helix structure. The two strands are antiparallel and are held together by hydrogen bonds between the nitrogenous bases. The bases are adenine, thymine, guanine, and cytosine. Adenine pairs with thymine and guanine pairs with cytosine. The phosphate groups are attached to the 2' carbon of the deoxyribose sugar.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.

The DNA double helix is a right-handed spiral. The distance between two full rotations is 3.4 nm. The width of the helix is 2 nm. The major groove is 2.2 nm wide and the minor groove is 1.2 nm wide.