

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Биполярное Аффективное Расстройство»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Литвинов Ю.С.

Проверила:

Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023г

АКТУАЛЬНОСТЬ	
БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКИ	
1.1 История открытия заболевания.....	
1.2 Типы биполярного расстройства	
1.3 Причины и факторы риска.....	
1.4 Симптомы биполярного расстройства	
1.5 Способы лечения заболевания	
ВЫВОД.....	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	

АКТУАЛЬНОСТЬ

Маниакально-депрессивный психоз — хроническое заболевание аффективной сферы. В настоящее время это расстройство именуется как биполярное аффективное расстройство (БАР). Данное заболевание существенно нарушает социальное и профессиональное функционирование человека, поэтому пациентам необходима помощь специалистов. Данная тема актуальна для современного общества потому, что точные причины развития БАР на сегодняшний день до сих пор не установлены. Заболевание имеет сложную этиологию и сложно поддается диагностике.

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКИ

1.1 История открытия заболевания

БАР в течение длительного времени становилась тем, чем является сегодня. Сразу стоит отметить, что биполярное аффективное расстройство не является биполярным расстройством личности. Биполярное расстройство личности — это неправильное популярное название биполярного расстройства, так по сути, биполярного расстройства личности не существует. С годами происходило накопление клинического материала, описание основных, ведущих симптомов, обоснование причин наиболее типичной клинической картины, а также попытки лечения данного вида расстройства. Концепцию биполярного аффективного расстройства современные ученые относят к середине 19-го века, когда началась формироваться тенденция рассмотрения данного клинического заболевания с тех позиций, с которых сейчас рассматривают в современной психиатрии и клинической психологии.

Так можно отметить, что уже в Древней Греции имелись понятия расстройства настроения, выявленные первыми врачами и философами того времени. Среди которых можно отметить древнегреческого врача Аретея Каппадокийского, на долю которого приходят первые упоминания о маниакальных и меланхолических состояниях и Сорана Ефесского, выделившего манию и меланхолию в отдельные заболевания. Уже в античные времена отмечались два полярных моральных состояния, одно из которых отличалось безынициативностью, ступором, апатией и вялостью, второе же проявлялось расторможенностью, раздражительностью, ликованием, эйфорическим настроением и гипервозбуждением. Первое состояние в Древней Греции именовалось меланхолией, второе манией, то есть уже в столь древние времена имелись вполне понятные аналоги современных расстройств, как большое депрессивное расстройство и маниакальное расстройство. Однако именно эффект биполярности не акцентировался врачами того времени, которые рассматривали психические состояния мании и меланхолии, как составные части нарастающего безумия.

Новый этап в развитии психиатрии наступил, когда появились внушительных размеров лечебницы, где стало возможно наблюдать и изучать большое количество людей с психическими расстройствами, собранных в одном месте, устанавливать сходства и различия между ними. В конце XVIII века английские, немецкие и голландские специалисты в лечебницах продолжали рассматривать меланхолию и манию как стадии развития безумия. Суперинтендант Бедлама Джон Хеслем в 1778 году указал на сходство между манией и меланхолией. Он не считал их различными, противоположными друг другу болезнями и отмечал, что при вскрытии в мозгах таких пациентов не было обнаружено ничего необычного. Разные состояния, по его наблюдениям, могут сменять друг друга: «Мы постоянно видим, как одержимые яростной манией вдруг неожиданно погружаются в глубокую меланхолию, а самые печальные и несчастные создания становятся рассвирепевшими и бредящими». Французский алиенист Жан-Этьен Эскироль предложил концепцию «частичного безумия», согласно которой безумие может быть не полным, а затрагивать лишь отдельные аспекты человеческой личности. Поэтому у человека могут быть нарушения в эмоциональной сфере, а интеллект оставаться сохранным. Благодаря идеям Эскироля стало ещё проще рассматривать манию как этап на пути от частичного безумия к безумию полному, а не один из полюсов при колебаниях настроения.

Эскироль также отмечал, что варианты безумия могут встречаться как по отдельности, так и совместно в различных комбинациях, и это тоже позволяло трактовать присутствие мании и депрессии у одного пациента как случайное совпадение.

Первая научная работа, посвященная биполярному расстройству, была опубликована в 1850 г. французским врачом Жан-Пьером Фалре. Он описал состояние циклического сумасшествия, для которого характерна смена двух крайностей – маниакального возбуждения и подавленного настроения. В 1854 г. другой врач Жюль Байарже выступил с лекцией, посвященной сумасшествию в двух формах. Фалре заявил, что он первый описал это состояние, Байарже не согласился, разгорелся спор на тему плагиата. Фалре был ближе к современному представлению о биполярном расстройстве. В отличие от Байарже, он подчеркивал важность интервалов, циклического движения от одной фазы к другой. Большинство врачей того времени придерживались теории о едином психическом расстройстве, которое у разных людей проявляет себя по-разному. Фалре, напротив, считал, что психиатры так же, как и другие врачи, имеют дело с разными болезнями. Болезни нужно различать по клиническим проявлениям и по прогнозу. Циклическое сумасшествие, по мнению Фалре, это первая психическая болезнь, получившая четкое описание. Что касается прогноза, то и Фалре, и Байарже писали о полном отсутствии надежд на улучшение у таких пациентов.

В 1880 гг. концепция “циклического сумасшествия” была принята в Германии и других странах. Но решающее событие в истории исследования этой болезни произошло в 1899 г., когда вышло новое переиздание учебника, написанного Крепелином.

Эмиль Крепелин положил концепцию маниакально-депрессивного психоза в основу нозологического учения, так как ученый считал, что психические заболевания стоит классифицировать не по текущим клиническим проявлениям, а по разворачивании их во времени, в течение всей жизни пациента. Эмиль Крепелин не был ярким сторонником учения о маниакально-депрессивном психозе и не ссылаясь в своих работах на Байарже и Фальере. В то время Крепелин осуществлял поиск альтернатив развития психических заболеваний, исход которых отличался бы от раннего слабоумия, заболевания, которое служило ранним прототипом того, что потом называли шизофренией. Было отмечено, что в отличие от раннего слабоумия, которое имеет неминуемо неблагоприятный исход, маниакально-депрессивный психоз не приводит к слабоумию или помешательству, что в некоторой степени стало даже диагностическим признаком. Дело в том, что течение психических заболеваний имеет очень сложную, неоднозначную природу и дифференциальная диагностика весьма затруднительна, что так же проявлялось и во времена Крепелина.

Маниакально-депрессивный психоз на ранних стадиях легко можно было спутать с ранним слабоумием и единственным дифференциальным критерием служило то, что после эпизодов мании или депрессии происходило улучшение или восстановление. Однако неоднозначность аффективной симптоматики при маниакально-депрессивном психозе учитывалась уже тогда,

на что ссылались и Крепелин, отмечая, что эмоциональные состояния в рамках маниакально-депрессивного психоза трудно различимы и не всегда соответствуют четко очерченной мании или меланхолии. Но также могут быть смешанными, допустим депрессия с агитацией или гневливая мания.

Карл Клейст разделял критическое отношение Вернике к классификации Крепелина. В первую мировую войну он проходил службу как военный врач и на основе своего армейского опыта утвердился во мнении, что черепно-мозговые травмы в определённой области могут вызвать специфические психические нарушения. Карл Клейст разделил психозы на три типа: психомоторный, тревожный и со спутанным сознанием. Также он развивал концепцию «циклоидного психоза», который может проявляться в форме одного из трёх типов психоза. Это расстройство отличалось от пизофрении и маниакально-депрессивной болезни и занимало между ними промежуточное положение. Клейст различал моноформные (или униполярные) расстройства, которые демонстрировали постоянство в симптомах, и мультиполярные, которые менялись в своих проявлениях. Карл Леонгард стал развивать идеи Клейста, обращая больше внимания на факторы наследственности. Он пришел к выводу, что у пациентов с манией в роду были родственники с манией, а у пациентов с депрессией — родственники с депрессией, но не с манией. Клейст и Леонгард создали достаточно сложную систему классификации психических расстройств, основанную на разных критериях. Из-за своей сложности эта система не получила признания в Европе и США. Изоляция Германии во время войны тоже препятствовала распространению этой классификации.

1.2 Типы биполярного расстройства

Существует несколько видов биполярного расстройства, которые значительно отличаются в своих проявлениях. Часть ученых считает, что нет четких границ между видами заболевания, и они представляют собой непрерывный биполярный спектр: от циклоидной акцентуации характера, которая является вариантом нормы, до биполярного расстройства с психотическими симптомами.

БАР I типа. Заболевание, при котором обязательно присутствуют ярко выраженные маниакальные (или смешанные) эпизоды, которые обычно сменяются тяжелыми депрессиями. При БАР I могут наблюдаться психотические симптомы в виде бредовых идей и галлюцинаций. Пациенты с БАР I могут также иметь форму расстройства, при которой мания и депрессия сменяют друг друга очень быстро. Это называется быстроциклическая смена фаз. В течение года человек переживает минимум четыре (или более) маниакальных,

гипоманиакальных или депрессивных эпизодов. Некоторые пациенты могут испытать настоящую манию, гипоманию или депрессию за один только день.

При БАР II типа не развиваются полноценные мании. Они сменяются тяжелыми и длительными депрессиями. Циклотимия выражается в перепадах настроения, которые не столь сильны, как мания или большой депрессивный эпизод, но они явно выходят за пределы нормальных колебаний. Циклотимия выражается в устойчивой нестабильности настроения, причем подъемы и спады не столь сильны, как при мании или депрессивном расстройстве. При этом они явно выходят за пределы нормальных колебаний настроения и значительно сказываются на карьере и личной жизни человека. Такое расстройство часто обнаруживается у родственников больного, страдающего биполярным аффективным расстройством. У некоторых пациентов с циклотимией со временем развивается биполярное аффективное расстройство.

Классификация по МКБ-10:

- **F30 Маниакальный эпизод**
- F30.0 Гипомания
- F30.1 Мания без психотических симптомов
- F30.2 Мания с психотическими симптомами
- F30.8 Другие маниакальные эпизоды
- F30.9 Маниакальный эпизод неуточненный
- **F31 Биполярное аффективное расстройство**
- F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании
- F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов
- F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами
- F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии
- F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов
- F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
- F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный
- F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия
- F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства
- F31.9 Биполярное аффективное расстройство неуточненное

- F32 Депрессивный эпизод
- F32.0 Легкий депрессивный эпизод
- F32.1 Умеренный депрессивный эпизод
- F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов
- F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами
- F32.8 Другие депрессивные эпизоды
- F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный

1.3 Причины и факторы риска

Причины развития БАР на сегодняшний день точно не установлены. Наиболее распространена генетическая теория возникновения болезни.

Считается, что заболевание имеет сложную этиологию. Об этом свидетельствуют результаты генетических, биологических исследований, изучения нейроэндокринных структур, а также ряд психосоциальных теорий.

Заболевание может возникнуть без видимой причины или же после какого-либо провоцирующего фактора (например, после инфекционных, а также психических заболеваний, связанных с какой-либо психологической травмой).

Повышенный риск развития биполярного расстройства связан с определёнными личностными особенностями, к которым можно отнести:

- меланхолический тип личности;
- повышенная добросовестность и различные психастенические черты;
- тревожно-мнительные черты личности;
- эмоциональная неустойчивость

1.4 Симптомы биполярного расстройства

Основные признаки биполярного расстройства зависят от фазы заболевания.

Для маниакальной стадии характерны:

- ускоренное мышление;
- подъем настроения;
- двигательное возбуждение.

Выделяют три степени тяжести мании:

1. Легкая (гипомания). Отмечается приподнятое настроение, увеличение физической и умственной работоспособности, социальной активности. Пациент становится несколько рассеянным, разговорчивым, активным и энергичным. Уменьшается потребность в отдыхе и

сне. У некоторых больных наблюдается не эйфория, а дисфория, для которой характерно появление раздражительности, враждебности к окружающим. Длительность эпизода гипомании составляет несколько дней.

2. Умеренная (мания без психотических симптомов). Происходит существенное усиление физической и психической активности, значительный подъем настроения. Практически полностью исчезает потребность во сне. Пациент постоянно отвлекается, не может сосредоточиться, в результате затрудняются его социальные контакты и взаимодействия, утрачивается трудоспособность. Возникают идеи величия. Продолжительность эпизода умеренной мании составляет не менее недели.
3. Тяжелая (мания с психотическими симптомами). Наблюдается выраженное психомоторное возбуждение, склонность к насилию. Появляются скачки мыслей, утрачивается логическая связь между фактами. Развиваются галлюцинации и бред, аналогичные галлюцинаторному синдрому при шизофрении. Пациенты приобретают уверенность в том, что их предки принадлежали к знатному и известному роду (бред высокого происхождения) или считают себя известной личностью (бред величия). Утрачивается не только трудоспособность, но и способность к самообслуживанию. Тяжелая форма мании длится свыше нескольких недель.

Депрессия при биполярном расстройстве протекает с симптомами, противоположными симптомам мании. К ним относятся: замедленное мышление; пониженное настроение; двигательная заторможенность; уменьшение аппетита, вплоть до полного его отсутствия; прогрессирующее снижение массы тела; снижение либидо; у женщин прекращаются менструации, а у мужчин может развиваться эректильная дисфункция. При легкой депрессии на фоне биполярного расстройства у больных настроение колеблется в течение суток. Вечером оно обычно улучшается, а утром проявления депрессии достигают своего максимума.

При биполярных расстройствах могут развиваться следующие формы депрессии:

- простая – клиническая картина представлена депрессивной триадой (подавленность настроения, заторможенность интеллектуальных процессов, обеднение и ослабление побуждений к действию);
- ипохондрическая – пациент уверен в существовании у него тяжелого, смертельно опасного и неизлечимого заболевания, либо заболевания, неизвестного современной медицине;
- бредовая – депрессивная триада сочетается с бредом обвинения. Пациенты согласны с ним и разделяют его;
- ажитированная – при депрессии этой формы отсутствует двигательная заторможенность;
- анестетическая – превалирующим симптомом в клинической картине является ощущение болезненного бесчувствия. Пациент считает, что все его чувства исчезли, и на их месте образовалась пустота, которая и доставляет ему тяжелые страдания.

1.5 Способы лечения заболевания

Способы лечения биполярных расстройств у людей еще плохо изучены. Биполярное расстройство требует в основном комплексного терапевтического подхода. Пациентов и членов их семей необходимо ознакомить со спецификой данного заболевания. При лечении используются такие препараты, как литий, и проводятся психотерапевтические вмешательства с целью ослабления и устранения проявляемых симптомов, и связанных с ними ухудшений в сфере социального взаимодействия. В основном лечение направлено на то, чтобы снять проявления симптоматики биполярного расстройства и предотвратить возникновение рецидивов, а также уменьшить длительность протекания заболевания и укрепить жизненные ресурсы детского организма, обеспечивающие нормальное развитие.

В клинической практике находят успешное применение медикаментозные методы лечения. Обычно медикаментозное лечение используется для того, чтобы снять проявление маниакальных или смешанных и депрессивных симптомов, или же для того, чтобы предотвратить возникновение рецидивов. В то же время контрольные испытания доказывают ограниченность применения медикаментозной терапии для детей и подростков с биполярным расстройством. Существующие на сегодняшний день методы лечения детей основываются на результатах лечения взрослых людей, и, как мы видели это в случае использования трициклических антидепрессантов, такая экстраполяция не может быть эффективной.

В настоящее время мы не располагаем достаточной информацией о том, какие медикаменты следует использовать, чтобы устранить возникающие при биполярном расстройстве у детей и подростков проблемы, связанные с социальным взаимодействием. В основном ведущим средством для лечения биполярного расстройства является литий, хотя находят применение и другие лекарственные препараты, включая SSRI-препараты. Соли лития, применяемые в медицине, достаточно распространены в природе и присутствуют даже в питьевой воде, но обычно в слишком малых количествах, чтобы оказывать какое-либо серьезное воздействие на человеческий организм. Применение терапевтических доз лития может вызывать весьма опасные побочные эффекты, включая интоксикацию, нарушения работы почек и щитовидной железы и значительное увеличение массы тела. При использовании этого препарата для лечения детей и подростков должны соблюдаться те же меры предосторожности и тот же строгий врачебный контроль, как и при лечении взрослых. Однако, учитывая потенциально опасные побочные эффекты, литий нельзя назначать детям из неблагополучных семей или тем детям, которые не имеют возможности проходить многократные врачебные осмотры, контролирующие содержание лития в организме и проверяющие функционирование почек и щитовидной железы.

Медикаментозное лечение зачастую снимает проявление симптомов биполярно-расстройства, но не помогает в устранении ассоциированных функциональных нарушений, которые обычно включают существующие прежде или сопутствующие расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, расстройства психологического развития и поведенческие проблемы, а также трудности в семейных взаимоотношениях и в общении со сверстниками. При лечении биполярного расстройства необходимо учитывать ассоциированные характеристики. Психосоциальные вмешательства призваны обеспечить необходимой информацией ребенка и членов семьи, которым рассказывается о специфике данного заболевания, его симптомах и течении, возможном влиянии на семейную жизнь и наследственность. Нарушение правил приема лекарственных препаратов является главным фактором, содействующим возникновению рецидивов. К сожалению, было проведено слишком мало исследований, посвященных изучению влияния психосоциальных вмешательств на детей и подростков с биполярным расстройством, и на сегодняшний день не разработаны психотерапевтические методы лечения маниакально-депрессивного психоза.

ВЫВОД

В данном реферате были рассмотрены основные аспекты биполярного аффективного расстройства (БАР). БАР является тяжелым психическим расстройством, которое характеризуется повторяющимися фазами мании и депрессии. Расстройство чаще всего начинается в раннем взрослом возрасте и может иметь значительное влияние на качество жизни пациента.

Одной из главных характеристик БАР является смена эпизодов мании и депрессии. Фаза мании характеризуется повышенным настроением, энергичностью, повышенной активностью, недостатком сна и раздражительностью. В то же время фаза депрессии сопровождается пониженным настроением, потерей интереса и удовольствия от обычных занятий, ухудшением сна и аппетита, а также мыслями о смерти и самоповреждении.

Диагностика БАР осуществляется на основе клинической картины и истории пациента. Лечение БАР должно предусматривать комбинацию фармакотерапии и психотерапии. Препараты, применяемые для лечения БАР, включают стабилизаторы настроения, антидепрессанты и антипсихотики.

Важно отметить, что БАР является хроническим расстройством и требует длительного лечения и поддержки. Однако современные методы лечения позволяют контролировать

симптомы БАР и улучшить качество жизни пациентов. Раннее диагностирование и своевременное начало лечения являются ключевыми факторами успеха.

Таким образом, биполярное аффективное расстройство представляет собой серьезное психическое заболевание, требующее комплексного лечения. Однако ранняя диагностика и правильное лечение могут значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов с БАР.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алемасов Г.Б., Докс А.Ф. "Биполярное аффективное расстройство: современные подходы к диагностике и лечению". - Москва: Бином. Лаборатория знаний, 2019.
2. Бачаранов С.Н., Дидык И.А., Исаев Д.Н. "Биполярные аффективные расстройства: от молекулы к человеку". - Санкт-Петербург: Издательство СПбГУ, 2018.
3. Жарковский А.М., Козлов И.В., Мосалова Е.Ю. "Биполярные аффективные расстройства: диагностика и коррекция". - Москва: Издательство "МЕДпресс-информ", 2020.
4. Ивашкин М.А., Угрюмов М.В. "Неврологические и психические расстройства: диагностика и лечение". - Москва: Литтерра, 2019. (глава "Биполярное аффективное расстройство: современные аспекты диагностики и лечения")
5. Филатов Ф.И., Поздеева В.Б., Мухина И.В. "Биполярные аффективные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения". - Москва: Издательство "МЕДпресс-информ", 2020.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПО

(наименование кафедры)

Рецензия Д.М.Н., зав. каф. Березовской Марины Амбергоровны

(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрии

Лыбинова Юрия Сергеевича

(ФИО ординатора)

Тема реферата Биполярное Аффективное Расстройство

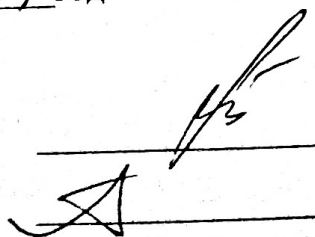
Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отлично/

Дата: «28» 11 2025 год

Подпись рецензента

Подпись ординатора



Березовская М.А. (ФИО рецензента)

Лыбинов Ю.С. (ФИО ординатора)