

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

Доцент кафедры психиатрии и
наркологии С-3 ГМУ им. И.И. Мечникова

Бочаров А.В.

(АФФЕКТИВНЫЕ) РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

Это расстройства, при которых основное нарушение заключается в изменении аффекта или настроения в сторону угнетения или подъема. Это изменение настроения чаще всего сопровождается изменением уровня активности.

Большинство из этих расстройств имеют тенденцию к повторяемости, а начало отдельных эпизодов часто связано со стрессовыми событиями. В этот раздел включены расстройства настроения во всех возрастных группах, включая детей.

МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД

- F30.0 Гипомания
- F30.1 Мания без психотических СИМПТОМОВ
- F30.2 Мания с психотическими симптомами
- F30.8 Другой маниакальный эпизод
- F30.9 Маниакальный эпизод неуточненный

F31 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (БАР)

- F31.0 БАР, текущий гипоманиакальный эпизод
- F31.1 БАР, текущий эпизод мании без психотических симптомов
- F31.2 БАР, текущий эпизод мании с психотическими симптомами
- F31.3 БАР, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии
- F31.4 БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

F31 БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (БАР)

- F31.5 БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
- F31.6 БАР, текущий эпизод смешанный
- F31.7 БАР, состояние ремиссии
- F31.8 Другие БАР
- F31.9 БАР 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 Депрессивные эпизоды неуточненные

F33 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (РДР)

- F33.0 РДР, текущий эпизод легкой степени
- F33.1 РДР, текущий эпизод умеренной тяжести
- F33.2 РДР, текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов
- F33.3 РДР, текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами

F33 РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (РДР)

- F33.4 РДР, состояние ремиссии
- F33.1 Другие РДР
- F33.2 РДР неуточненное

F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения

- F34.0 Циклотимия
- F34.1 Дистимия
- F34.8 Другие хронические аффективные расстройства
- F34.9 Хронические аффективные расстройства неуточненные

F38 Другие (аффективные) расстройства настроения

- F38.00 Смешанный аффективный отдельный эпизод
- F38.10 Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство
- F38.8 Другие аффективные расстройства
- F39 Неуточненные расстройства настроения

Биполярное аффективное расстройство

Биполярное аффективное расстройство (сокр. **БАР**;) — эндогенное психическое заболевание, проявляющееся в виде аффективных состояний — **маниакальных, депрессивных и смешанных**, при последних у больного наблюдаются быстрая смена симптомов мании и депрессии, либо симптомы депрессии и мании одновременно (например, тоска со взвинченностью, беспокойством либо эйфория с заторможенностью или другие). Возможны многообразные варианты «смешанных» состояний.

Биполярное аффективное расстройство

Эти состояния, называемые **эпизодами** или **фазами** заболевания, периодически сменяют друг друга, непосредственно или через «светлые» промежутки психического здоровья (**интермиссии**, называемые ещё *интерфазами*), без или почти без **снижения психических функций**, даже при большом числе перенесённых фаз и любой продолжительности болезни. В интермиссиях психика и личностные свойства больного полностью или почти полностью **восстанавливаются**.



Эмиль Крепелин
(1856-1926), в 1896
году, предложивший
термин «маниакально-
депрессивный психоз»

Впервые как
самостоятельное
заболевание биполярное
аффективное
расстройство было
описано в 1854 году почти
одновременно двумя
французскими
исследователями Ж.П.
Фальере, под названием
«циркулярный психоз», и
Ж.Г.Ф. Байярже, под
названием
«помешательство в двух
формах».

Развитие концепции биполярного расстройства

Folie a double forme	Маниакально-депрессивное помешательство	Униполярное / биполярное разделение		Концепция «биполярного спектра»		
1890	1910	1930	1950	1970	1990	2000
1850-1857 Falret, Baillarger	1883-1927 Kraepelin Выделение МДП в отдельную нозологию	1900-1957 Wernicke, Kleist, Leonhard Разделение Крепелиновской концепции	1960 Angst, Perris, Winokur Первые доказательства	1980 МКБ-10, DSM-III Разделение включено в диагностические критерии	1990-2000 Akiskal, Angst, Sachs, Ghaemi, Parker	

БАР. ИСТОРИЯ ТЕРМИНА

Со вступлением в действие в 1993 году классификатора МКБ-10 МДП принято считать не вполне корректным, поскольку данное заболевание отнюдь не всегда сопровождается **психотическими** нарушениями, и не всегда при нём наблюдаются **оба** типа фаз (и мании, и депрессии). Кроме того, термин «маниакально-депрессивный психоз» является в определённой степени **стигматизирующим** по отношению к больным. В настоящее время для данного заболевания рекомендовано ВОЗ более научно и **политически корректное** наименование «биполярное аффективное расстройство», сокращенно БАР.

Данное именованье тоже **не вполне корректно** и приводит, например, к такой терминологии, как «*монополярная форма биполярного расстройства*»

БАР. КЛАССИФИКАЦИЯ

- Монополярный маниакальный вариант
- Монополярный смешанный вариант
- Биполярный с преобладанием мании
- Биполярный с преобладанием депрессии
- Биполярный с равенством фаз
- Биполярный с правильным чередованием фаз
- Биполярный с неправильным чередованием фаз
- Непрерывный вариант

БАР. КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификатор DSM-IV различает БАР-I типа (с выраженными маниакальными фазами) и БАР-II типа, при котором присутствуют гипоманиакальные фазы, но нет маниакальных. По видимому, эти вариации устойчивы в диагностическом отношении, хотя «БАР-II» может и переходить в «классический» вариант с маниакальными эпизодами. В МКБ-10 отдельные виды биполярной болезни не выделяются.

ТИПЫ БАР

- БАР-I:

Как минимум 2 фазы, одна из которых маниакальная, а другая депрессивная или смешанная

- БАР-II:

Как минимум 2 фазы, одна из которых гипоманиакальная, а другая обязательно депрессивная (маниакальные и смешанные фазы отсутствуют)

БАР. КЛАССИФИКАЦИЯ

По течению выделяют:

- Медленная цикличность не более 3 фаз в год
- Быстрая цикличность 4 фазы и более в год
- Сверхбыстрая цикличность
длительность фазы менее недели

Континуум аффективных расстройств

- БАР-I монополярный маниакальный вар.
- БАР-I с преобладанием мании
- БАР-I с равенством фаз
- БАР-I с преобладанием депрессии
- БАР-II
- РДР

БАР. Эпидемиология

Трудности в точной оценке распространенности биполярного расстройства связаны с разнообразием критериев (при «широком» подходе доля людей, страдающих им, составляет до 7 – 9 %, а при «консервативном» — менее 0,05 %).

БАР. Эпидемиология

- Рекуррентное АР (монопольярный депрессивный тип) – 70%
 - Бипольярное АР – 19%
-
- Маниакальный (гипоманиакальный) или Депрессивный эпизоды – 11%

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

По данным, полученным при изучении стоящих на учете в ПНД пациентов (1982, Москва), доля больных биполярным расстройством составила 0,045 % (0,45 на 1000 населения, из них $\frac{2}{3}$ проходили лечение преимущественно амбулаторно, а психотические формы расстройства наблюдались лишь у $\frac{1}{3}$). Мужчины и женщины, а также представители различных культурных и этнических групп болеют биполярным расстройством одинаково часто.

Frederick K Goodwin and Kay R Jamison «Manic-Depressive Illness», Chapter 7, "Epidemiology" — Oxford University Press, 1990.

БАР. ДЕТИ ПОДРОСТКИ

Точных данных о заболеваемости в детском возрасте нет, поскольку применимость критериев, предназначенных для диагностики у взрослых, ограничена. Общая распространенность депрессии (всех разновидностей) в юношеском возрасте составляет от 15 до 40 %. Во многих работах подчёркивается, что большей распространённости аффективных расстройств в юношеском возрасте соответствует и бóльшая частота СУИЦИДОВ.

Akiskal H S (1983). «Diagnosis and treatment of affective disorders». *Psychiat. Clin. N. Amer.* **6** (1): 210-215.

КОМОРБИДНОСТЬ

Среди биполярных пациентов отмечается высокая частота (до 75 %) сопутствующих психиатрических расстройств:

- Тревожного расстройства
- Алкоголизма
- Наркоманий
- ОКР
- Расстройств пищевого поведения и др.

ПАТОГЕНЕЗ

Исследования показали, что вклад генетических факторов составлял 70 %, а средовых — 30 %. При этом вклад случайных средовых факторов был равен 8 %, а общесемейных — 22 %. В более поздних зарубежных исследованиях вклад генетических факторов оценен в 80 %, а случайных средовых — 7 %, что достаточно близко соответствует предшествовавшим данным.

Гипертимия (мания)

- 1. Повышенное настроение**
- 2. Увеличение двигательной активности**
- 3. Увеличение психической активности**
- 4. Вегетативные (соматические) признаки**

Мания DSM-IV

Приподнятое настроение или раздражительность в сочетании, по меньшей мере с тремя из ниже перечисленных симптомов должно сохраняться в течении недели или более (более короткий срок допустим в случае госпитализации или быстрого и успешного лечения). Симптоматика должна быть достаточно выраженной, что приводит к явным нарушениям поведения или приводит к таким действиям, которые должны пресекаться в силу их опасности для больного или окружающих. Состояние не должно быть обусловлено соматическим заболеванием, приемом наркотиков (кокаина, амфетаминов) или лечением (антидепрессанты, ЭСТ, кортикостероиды)

Мания DSM-IV

1. Повышенная самоуверенность и самооценка, идеи величия и преувеличенное ощущение собственной значимости
2. Укорочение сна (для ощущения полноценного отдыха достаточно 2-3 часов)
3. Ускорение речи, необычная говорливость или постоянная потребность говорить

Мания DSM-IV

4. Скачка мыслей с субъективным ощущением ускорения мышления, переполнения мыслями, их нагромождения
5. Сниженная концентрация внимания (легкая переключаемость на незначительные раздражители)

Мания DSM-IV

6. Усиление целенаправленной деятельности (в учебе, на работе, усиление половой активности), ощущение прилива энергии или психомоторное возбуждение
7. Чрезмерная гедоническая направленность, часто приводящая к нежелательным последствиям (например, неограниченные, импульсивные, экстравагантные, нерациональные траты, сексуальная неразборчивость)

Депрессия DSM-IV

Не менее 5 из перечисленных симптомов должны отмечаться почти каждый день в течение 2 недель и более. Эти симптомы не должны быть обусловлены приемом наркотических или лекарственных средств, соматическими состояниями или неосложненной реакцией утраты; их появление должно сопровождаться существенным изменением состояния больного (симптомы депрессии не должны быть просто характерологическими особенностями больного); они должны вызывать тяжелую субъективную реакцию и существенную социальную дезадаптацию. Необходимо наличие по меньшей мере одного из следующих основных симптомов: 1) утрата интересов или чувства удовольствия или 2) подавленное настроение большую часть дня.

Депрессия DSM-IV

1. Подавленное настроение (у детей и подростков раздражительность), проявляющаяся субъективно (например, чувство печали или опустошенности) либо объективно (например слезливость)
2. Значительное снижение настроения и чувства удовольствия практически во всех сферах деятельности или заметная для окружающих апатия

Депрессия DSM-IV

3. Существенное снижение аппетита и веса (обычно на 5% за 4 недели), за исключением намеренного снижения веса
4. Бессонница или гиперсомния
5. Психомоторное возбуждение или заторможенность
6. Утомляемость или упадок сил

Депрессия DSM-IV

7. Чувство собственной бесполезности, необоснованные идеи виновности
8. Нерешительность, снижение умственной работоспособности и концентрации внимания
9. Повторяющиеся мысли о смерти, суицидные мысли без конкретного плана, суицидные попытки или планирование самоубийства

Феноменология гипотимии

1. Различные варианты Депрессии
2. Апатия
3. Дисфория

Варианты депрессии

1. Меланхолическая
2. Тревожная
3. Астеническая
4. Анестетическая
5. Апатическая
6. Сенестоипохондрическая
7. Психотическая

Особые формы гипотимии

Апатия – сочетание безразличия к себе, окружающим людям и событиям, в прошлом, настоящем и будущем

Дисфория – тоскливо-злобное, настроение, сопровождающееся раздражительностью, ворчливостью, неприязнью к окружающим, физической агрессией и разрушительными действиями

Особые формы гипертимии

Эйфория («несу хорошее») – повышенно-беспечное настроение, сочетающееся с психической и двигательной пассивностью

Мория – повышенное настроение в сочетании с интеллектуальной слабостью и, в следствие этого, нелепым поведением

Особые формы гипертимии

Экстаз – состояние восторга, иступленного восхищения (часто) с ощущением прозрения и проникновения в смысл происходящего

Рауш-мания (П.Г. Шумский) – приподнятое настроение в сочетании с обнубиляцией (удивление, недоумение)

Смешанное состояние

Одновременное присутствие у
больного признаков мании и
депрессии в различных сочетаниях

Бредовое настроение

Тревога

Неясное, недифференцированное чувство опасности, предчувствие катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода

Страх – предметная тревога.