

## СИНДРОМЫ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

В данном разделе будут описаны апато-абулический, маниакальный синдромы, мория и депрессивный синдром.

*Апато-абулический синдром.* Это сочетание апатии, безразличия, индифферентности с резким ослаблением или полной утратой побуждений к деятельности, интересов, аспонтанностью, бездеятельностью, не прерывающейся и под влиянием побуждений извне. Наблюдается при простой форме шизофрении.

*Маниакальный синдром.* Его характеризует классическая триада признаков: немотивированное повышение настроения — гипертимия; усиление побуждений к деятельности и повышенная активность — гипербулия; ускоренный темп течения ассоциативных процессов — тахифрения.

*Гипертимия* — безмятежное, приподнятое, солнечно-радостное, ликующее настроение с ничем не омрачаемым оптимизмом, искрящимся, заражающим весельем, захватывающим переживанием душевного подъема и беспредельного счастья, восторженностью, гиперпродукцией соответствующих выразительных действий. Отрицательные эмоции (страх, тревога, удрученность и др.) не возникают, но этого нельзя сказать о таких эмоциональных проявлениях, как недовольство, озлобленность, гневливость или ненависть.

**Тахифрения** — ускорение течения ассоциаций с обилием легко возникающих мыслей и представлений, поверхностным (ассоциативным) характером суждений, повышенной отвлекаемостью, гипермнезией. Содержание мышления соответствует господствующему фону настроения: остроты, каламбуры, анекдоты, веселые истории, стихи, воспоминания о приятных или забавных эпизодах жизни. Реально существующие проблемы оставляются без внимания или рассматриваются в контексте радужного настроения. Повышена самооценка, явно преувеличиваются свои способности, возможности.

**Гипербулия** — чрезмерная, избыточная активность с немедленной реализацией множества возникающих побуждений к деятельности, частым переключением с одного занятия на другое, в результате чего дела остаются незавершенными; обилием всевозможных проектов, планов и намерений. Повышена потребность в общении. Больные говорливы, во все вмешиваются, переустраивают свои дела, совершают многочисленные покупки, предлагают и пытаются осуществить различные преобразования на работе, наносят визиты, пишут стихи, звонят, окружают себя массой новых знакомых и т. д. **Маниакальный эффект** сопровождается очевидными витальными изменениями: больные не испытывают усталости, недомогания, неприятных физических ощущений (исключение составляют сравнительно редкие случаи, так называемой ипохондрической мании). Характерно чувство полного физического благополучия, прилива сил, энергии. Многие пациенты чувствуют себя помолодевшими, освободившимися от «гнета возраста», как бы «заново родившимися». Нарушен сон: суточная норма сна резко сокращается. Усиливается половое влечение, аппетит. Наблюдаются вегетативные и нейроэндокринные расстройства: учащение пульса, дыхания, склонность к артериальной гипертензии, гиперсаливация, повышение тургора кожи, похудание, блеск глаз и др. У женщин нарушается менструальный цикл.

В зависимости от особенностей клинической структуры маниакального синдрома различают группы простых и сложных маниакальных состояний. К числу простых относят гипертимическую, гневливую, непродуктивную и спутанную манию.

Гипертимическая мания характеризуется равномерной выраженностью всех компонентов маниакальной триады. Аффективное состояние определяется доминированием веселости, радостной, праздничной приподнятости, восторженности, ликования. Гневливая мания — на фоне повышенного настроения отчетливо выражены или выступают на первый план раздражительность, огненная вспыльчивость, гневливость, в ряде случаев — агрессивность. Непродуктивная мания (веселая, бездеятельная) — повышение настроения, не сопровождающееся ускорением мышления и усилением побуждений к деятельности. Спутанная мания — маниакальное состояние с резким ускорением ассоциативных процессов вплоть до бессвязности мышления. **К сложным вариантам синдрома** относят маниакальные состояния, сочетающиеся с острым чувственным бредом преследования, бредом инсценировки, острым фантастическим бредом — маниакально-бредовый синдром, конфабуляциями — конфабуляторная мания, галлюцинациями — маниакально-галлюцинаторный синдром, псевдогаллюцинациями и другими симптомами психического автоматизма — маниакально-параноидный синдром, сновидным помрачением сознания — онейроидное маниакальное состояние, кататоническим ступором — мания со ступором. В структуре маниакального состояния могут наблюдаться

*Депрессивный синдром.* Включает следующую триаду признаков: аутохтонное или возникшее по другим причинам снижение настроения — гипотимия, заторможенность мыслительной деятельности — брадифрения, ослабление побуждений к деятельности и общее снижение активности — гипобулия. Наблюдаются также ипохондрические явления, симптомы психической анестезии, деперсонализации и дереализации, разнообразные вегетативные и нейроэндокринные расстройства, нарушения сна и других витальных функций.

*Гипотимия* характеризуется большой структурной сложностью, выражающейся в одновременном сосуществовании различных нарушений: меланхолической подавленности настроения, тревоги и страхов, дисфорических, апатических, адинамических, депрессивно-параноидных, ипохондрических, истерических явлений, суицидальной настроенности, психической анестезии, и, помимо витальных, аффективных и невротических расстройств также психотическими явлениями. Меланхолическая подавленность настроения в относительно неглубоких состояниях депрессии — это депримированность, удрученность, опечаленность. Глубокая подавленность характеризуется преобладанием тоскливого аффекта. Субъективно это не тоска, а состояние траура, чувство, «будто безвозвратно потеряно самое главное».

При циркулярной депрессии тоска с самого начала приобретает витальный оттенок: исчезает чувство бодрости, доминирует слабость, немощность, нарушаются сон, аппетит, половые функции, появляются тягостные ощущения тяжести, боли, давления, сжимания, локализованные чаще всего в области сердца (в чувашском языке понятие «тоска» передается, например, выражением «сердце болит»). Физические ощущения могут быть в других частях тела. Любопытно, что там же пациенты локализуют и тоску. Так, некоторые больные указывают, что тоска ощущается в бедре или в боку. Характерны безотчетное чувство вины, угрызения совести, обнажение и ревизия всей прошлой жизни с фиксацией внимания на ее ошибках и проступках, тяжесть которых преувеличивается — моральные страдания или душевная боль (психалгия). Мучительность последней превосходит все, что способен вынести человек и не идет ни в какое сравнение с тяжестью большинства физических страданий. Резко понижена самооценка, гнетет чувство потери перспективы, будущего, ощущение «тупика жизни», обреченности, безысходности. Пациенты требовательны к себе без меры. Так, школьник говорит о «периоде зубрежки», когда он заставлял себя до утра заучивать материал «от корки до корки», не прощая мелких неточностей и отклонений от правила следовать образцам совершенства в учебе и поведении. Это, однако, не спасало его от ощущения того, что он «гадкий утенок». У пожилых больных возникает чувство усталости от жизни, пресыщенности, отвращения к ней, желание смерти. Меланхолической подавленности обычно сопутствует идеаторное торможение (аспонтанность, замедление течения мыслей, представления, нарушения репродуктивной памяти, снижение яркости впечатлений и непрочная фиксация их в памяти, рассеянность, ослабление планирования последовательности действий). Психомоторное торможение может достигать степени двигательного оцепенения. На этом фоне порою возникают взрывы отчаяния с двигательным возбуждением и суицидальными попытками — меланхолический раптус. Пациенты мечутся, стонут, разрывают одежду, царапают, кусают себя, катаются по полу, пытаются унять нестерпимую

В структуре гипотимии постоянно встречаются разнообразные :страхи и тревога. Дисфорические явления в подавленном настроении отчетливо представлены мрачность, угрюмость, недовольство, ворчливость, брюзжание, вспышки гнева. Апатические явления — жалобы на равнодушие, ослабление интересов, утрату желаний, безучастность, субъективно переживаемое как болезненное состояние. Адинамические явления — жалобы на ослабление либо потерю побуждений к деятельности. Депрессивно-параноидные явления — больные полагают, что окружающие обвиняют, осуждают их, враждебно к ним настроены. Наблюдаются бредовые идеи отношения, преследования; при этом больные не чувствуют себя безвинно преследуемыми, считая, что вполне это заслужили. Разочарование — чувство потери основных жизненных ценностей, все вокруг кажется суетным, ничтожным, бессмысленным, пустым или наводящим скуку, воспринимается под знаком неизбежной гибели, смерти.

Нарушение чувственного тона может касаться различных видов ощущений — зрительных, слуховых, тактильных, проприоцептивных, висцеральных. Болезненная психическая анестезия или болезненное бесчувствие — переживание неполноты эмоционального реагирования, оскудения родственных чувств, недостаточности сопереживания и отсутствия эмоционального отклика на окружающее, утраты эмоционально окрашенного отношения к работе, интеллектуальной деятельности, эстетической стороне воспринимаемого, этическим аспектам своего и чужого поведения. Вот как описывает это состояние больная: «Перестала радоваться ребенку, целую его механически, без радости, нежности. Не стало чувств к мужу, близким, воспринимаю их словно чужих. Вообще нет никаких чувств. Раньше боялась

Суицидальные тенденции наблюдаются у многих депрессивных больных. Суицидальная мотивация при этом неоднородна. В ряде случаев она связана с полным обесцениванием собственной жизни. Такие пациенты готовы умереть в любой момент, хотя активных действий могут не предпринимать. «Хорошо бы уснуть и не проснуться... Состояние несчастья затягивает, кажется, оно начинает мне нравиться — я несчастна и все, не надо бороться, конец сам собой придет...». Встречается отвращение к жизни, желание умереть без того, однако, чтобы прожитое казалось бессмысленным. Может быть страх жизни, когда будущее представляется жутким, пугающим, а смерть — единственно разумным и достойным выходом из положения. Нередко к самоубийству толкает чувство вины, весьма часто сопровождающее депрессивные состояния, и больные как бы наказывают себя за прошлые прегрешения перед людьми и богом. Депрессивные аутодафе совершаются иногда с жестокостью, выдающей всю меру ненависти к самому себе. Нередким является мотив суицида, отражающий непереносимость душевного дискомфорта. Такие пациенты склонны, кстати, к употреблению алкоголя и наркотиков, в анамнезе могут быть выявлены несомненные проявления зависимости. Нередко суициды мотивируются «одиночеством», «усталостью от жизни». Суицидные мотивы могут быть связаны с ипохондрией, бредом осуждения, идеями физического недостатка, импотенцией, если сексуальные ценности вытеснили все прочие. Не должны успокаивать бутафорские суицидальные попытки — слишком часто за ними скрывается настоящая депрессия. Особую опасность представляют депрессии, в которых пациенты переживание собственной вины или оценку перспективы распространяют на близких им людей. Подобная генерализация

*Брадикарденция* — заторможенность в интеллектуальной сфере. По сообщениям депрессивных пациентов, это чувство «неясности в голове», ощущение «скованности мысли», «преграды» на пути мыслей, «пустоты в голове», когда можно часами сидеть, глядя в одну точку и ни о чем не думать.

*Гипобулия* — торможение в сфере деятельности и психомоторики. Типична аспонтанность депрессивных пациентов, обеднение и ослабление интенсивности побуждений, общее снижение активности. Аспонтанность может достигать степени депрессивного ступора — психотического по существу состояния. Движения замедлены, амплитуда их ограничена. Появляется моторная неловкость, неточность движений, нарушения походки, из-за чего пациенты часто сравнивают свое состояние с опьянением и по этой причине стесняются бывать на людях. Нарушается почерк, буквы мельчают (микрография), теряют уверенные очертания. Страдает инициатива. Инертность тяжело переживается и стоит пациентам больших усилий, если они пытаются ее преодолеть. Встречаются также разнообразные сомато-вегетативные нарушения: сухость слизистых оболочек, слезливость («слезливая депрессия»), отсутствие слез («сухая депрессия», как правило, глубокая), анорексия, запоры, метеоризм, потеря веса, тахикардия, приступы сердцебиения, нарушения сердечного ритма, явления диспноэ — ощущение нехватки воздуха, чувство неполноты вдоха, приступы астмы, невралгические боли, цефалгии, боли в суставах, мидриаз, ослабление тургора кожи, выпадение волос, поседение, субфебрилитет, утрата полового влечения, нарушения менструального цикла. Сочетание мидриаза, тахикардии и склонность к атоническим запорам называют «триадой

Выделяют различные клинические варианты депрессивного синдрома в зависимости от того, какие нарушения преобладают в его структуре.

Клиническая картина типичной или меланхолической депрессии характеризуется наличием депрессивной триады признаков (гипотимии, брадифрениии, гипобулии) и выраженных соматовегетативных нарушений с преобладанием симпатoadреналовых явлений. Циклотимическая депрессия — умеренно выраженная меланхолическая депрессия, не достигающая психотической степени. Важно отметить, что пациенты с непсихотической депрессией обычно жалуются на необоснованность депрессии или, по крайней мере, готовы принять этот факт. Психотические больные не считают настроение подавленным, утверждая, что оно адекватно трагическим обстоятельствам. Астеническая депрессия — включает наряду с подавленным настроением выраженные астенические нарушения. При адинамической депрессии на первый план выступают явления адинамии; апатической депрессии — апатии; мрачной депрессии (угрюмой, сварливой, брюзжащей) — дисфорические явления; ноющей, слезливой депрессии — астенические и истерические явления; улыбающейся (иронической, экзистенциальной) депрессии — ирония, сарказм по поводу своего положения, выражающие не лишённые иногда остроумия глубокое разочарование и утрату основных жизненных ценностей;

анестетической депрессии (депрессии бедности участия) — явления психической анестезии, болезненного бесчувствия; депрессии с деперсонализацией— деперсонализация и дереализация в виде чувства внутренней глубокой измененности и переживания иллюзорности внешнего мира; тревожной (суетливой, ажитированной) депрессии — тревога, страхи, беспокойство, двигательное возбуждение с тревожной вербигерацией; психастенической депрессии — навязчивости. Депрессия с бредом самообвинения (депрессия самомучения) характеризуется наличием бредовых идей само обвинения, самоумаления; параноидная депрессия (депрессия неуверенности) — бредовых идей виновности, осуждения, преследования со стороны окружающих; ипохондрическая депрессия — ипохондрических расстройств. Бредовая депрессия проявляется «большим», сложным депрессивным синдромом с бредом, нередко приобретающим фантастический характер (бред Котара). Депрессивно-параноидный синдром включает выраженный депрессивный аффект, бредовые идеи виновности, осуждения, преследования и воздействия, а также психические автоматизмы и бредовые идеи особого значения, инсценировки, ложные узнавания; возможно развитие онейроидного помрачения сознания. Депрессия с явлениями дисморфофобии — включает сверхценные и бредовые идеи физического уродства. Депрессия может сочетаться с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо, кататоническими нарушениями, онейроидным помрачением сознания.

Скрытая депрессия (матовая, стертая, латентная депрессия без депрессии, соматизированная, псевдопсихосоматическая форма атипичной психической депрессии, упущенная, туманная и другие названия) — особый вариант депрессивного состояния, выражающийся преобладанием в клинической картине «соматических эквивалентов» подавленного настроения в виде функциональных расстройств органов и вегетативной системы, в то время как собственно аффективные нарушения, скрытые соматической симптоматикой, остаются на втором плане и могут быть выявлены лишь при соответствующем исследовании.

Среди соматизированных психических расстройств видное место занимают сенестопатические явления — разнообразные боли, парестезии, ощущения жжения, локализованные в различных частях тела. Не меньшую роль играют вегетативные расстройства: головокружения, тахикардия, приступы сердцебиения, сухость слизистых полости рта, анорексия, дискинезии желчных путей, запоры, снижение веса, гиперестезия мочевого пузыря, гипергидроз и др. Наряду с этим наблюдаются ипохондрическая готовность, страхи, навязчивости и другие невротоподобные нарушения — «психические эквиваленты депрессии», склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками — «токсикоманический эквивалент депрессии», нарушения сна, снижение активности, половые расстройства и другие нарушения витальных функций организма.

В целом распознавание скрытой депрессии основывается на следующих принципах:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- фазное течение. В анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании;
- наследственная отягощенность по линии эффективных психозов. Симптоматика заболевания пробанда может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников;
- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает...») с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил;
- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи — «вечерние интервалы»);
- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;
- наличие суицидальной готовности;
- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного