

Министерство здравоохранения СССР
Управление по внедрению новых лекарственных средств
и медицинской техники

ГЛОССАРИЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ДЛЯ УНИФИЦИРОВАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Методические рекомендации

Настоящий глоссарий составлен старшим научным
сотрудником, доктором медицинских наук
В.М. Шаманиной по работам сотрудников Института
психиатрии АМН СССР (директор – академик АМН СССР,
профессор Снежневский А. В.).

Москва, 1979 год

Введение

Выделение основных синдромов в рамках нозологических единиц, их стандартизация имеют большое значение для унификации клинической оценки различных видов психических заболеваний, тем более, если учесть отсутствие единого нозологического принципа выделения клинических форм заболевания. Это положение относится не только к той группе психических заболеваний, которые отличаются весьма широким полиморфизмом клинических форм и психопатологических синдромов с весьма зыбкими нозологическими границами, как например шизофрения, но даже и к заболеваниям, более или менее четко клинически очерченных с установившимися традиционными симптомокомплексами, как это наблюдается при МДП.

Наиболее ясна и не вызывает особых споров группа аффективных психозов с так называемыми «классическими» проявлениями клиники и течения МДП. Однако в последние годы отмечается все нарастающая атипизация аффективных синдромов в рамках «типичных» форм МДП. Это оказывается связанным как с увеличением форм с преобладанием сенестопатически-ипохондрических расстройств, с увеличением удельного веса идей ущерба над идеями вины, так и с появлением все большего числа «стертых», «маскированных» или протрагированных форм с неотчетливо фазным характером, значительно искажающих клинику аффективного синдрома. Кроме того, имеется целый ряд диагностически спорных аффективных психозов, включающихся в зависимости от установок авторов то в рамки благоприятно текущих форм периодической шизофрении, то атипичного МДП. И, наконец, следует упомянуть еще об одной промежуточной форме аффективных психозов, о так называемых эндореактивных дистимиях Вайтбрехта, депрессиях «почвы» К. Шнайдера или депрессиях истощения Кильгольца, сочетающих черты эндореактивного и реактивного психоза.

Все вышеизложенное свидетельствует о своевременности и необходимости проведения работы по унификации,

стандартизации психопатологических синдромов в рамках аффективных психозов.

Шифр синдромов трехзначный. Первая цифра кода означает принадлежность синдрома к аффективным психозам, две последующих – характер аффективного синдрома.

Описание стандартизованных аффективных синдромов¹

Субдепрессивные состояния

Они являются наиболее распространенным типом аффективных расстройств, чаще всего встречающихся в амбулаторной практике. Субдепрессивные состояния могут определять либо всё течение заболевания с повторением аналогичной структуры приступов, либо быть начальным или конечным этапом выраженной аффективной фазы, либо развиваться между глубокими аффективными расстройствами. По клиническим проявлениям они могут быть очень различными, неоднородными по своей структуре с присоединением расстройств, усложняющих их клинику (фобии, навязчивости и пр.).

Субдепрессии циклотимического характера 101

Данный тип депрессий характеризуется нерезко выраженным снижением настроения, то с преобладанием чувства легкой тоскливости, грусти и скуки, то чувства подавленности, угнетенности или легкой тревоги. Больные нередко испытывают чувство физической усталости, вялости, утомляемости. Отмечается снижение творческой активности, общее снижение физического и психического тонуса. Сами больные часто жалуются на «лень», безволие, на то, что не могут взять себя руки. Появляется пессимизм

¹ Мы не касаемся здесь унификации аффективных синдромов, встречающихся при шизофрении и других психических заболеваниях, т.к. все они включены в рамки соответствующих психозов.

в оценке своих способностей, социальной ценности. Радостные события порой не находят отклика. У одних больных на первый план выступает общая психомоторная заторможенность, подавленность, у других – легкая тревожность или слезливость.

Уже с самого начала развития аффективной фазы могут появиться сомато-вегетативные нарушения в виде расстройства сна, аппетита, головных болей, неприятных ощущений, например, в сердце или других частях тела. Возможны суточные колебания состояния с улучшением во вторую половину дня.

Астено-субдепрессивные состояния 102

Наряду со сниженным, угнетенным настроением у больных отмечается повышенная физическая и психическая утомляемость, гиперестетическая эмоциональная слабость, с непереносимостью громких звуков, света. Раздражительность легко переходит в слезы. Однако, в отличие от астенических состояний, в данном синдроме к вечеру астенические проявления не усиливаются, а ослабевают, улучшается работоспособность и настроение, и больные могут чувствовать себя практически здоровыми, а в некоторых случаях происходит переход и в гипоманиакальные состояния. Кроме того, эти состояния возникают спонтанно, при отсутствии истощающих факторов.

Адинамические субдепрессии или субдепрессии без побуждений (Antriebdepression) 103

Эти депрессии в первую очередь характеризуются снижением волевой активности, побуждений, чувством физического бессилия, без истинной моторной заторможенности; чувство тоски может практически отсутствовать; больные становятся вялыми, безынициативными, аспонтанными. Моторная заторможенность заменяется адинамией, бездействием. Суточные колебания невыражены. У некоторых больных бессонница заменяется сонливо-

стью. Аппетит может быть не снижен. Чувство подавленности, однако, сохраняется. Возможны своеобразные анестетические проявления, когда больные, констатируя у себя снижение эмоциональной откликаемости, не страдают от этого. Витальный компонент тоски отсутствует. Состояния адинамической депрессии неоднородны. У одних больных на первый план выступают адинамия, общая обездвиженность, у других – снижение побуждений, волевой и творческой активности, при отсутствии жалоб на сниженное настроение.

Субдепрессивные состояния с психической анестезией (депрессивной деперсонализацией) 104

При этих состояниях отмечается незначительное снижение настроения при отсутствии выраженной психомоторной заторможенности. Больные подавлены, угнетены, побуждения снижены. На первый план выступает *Anaesthesia psychica dolorosa*. У больных изменяется аффективный резонанс, теряется способность «сопереживать». Больные жалуются на потерю чувств, эмоций. Они «отупели»; ничто их не радует, не волнует – ни горе, ни радости близких людей. Это состояние «бесчувствия» мучительно. Больные себя за это упрекают, мучаются угрызением совести. Данные расстройства, входящие в круг депрессивной деперсонализации, могут сочетаться с явлениями дереализации – окружающее не только не вызывает аффективного резонанса, но и кажется измененным. Краски воспринимаются тускло, все становится каким-то мертвым, застывшим, нереальным («как декорация» – говорят некоторые больные).

Субдепрессии с навязчивостями. 105

Для всех депрессивных синдромов с навязчивостями является характерным отсутствие выраженного психомоторного и идеаторного торможения. Фон настроения тоскливый, либо тревожно-тоскливый. Чаще всего имеют место

фобические расстройства в виде тревожных, навязчивых опасений заболеть каким-либо заболеванием, страха смерти, тревожных опасений за жизнь и судьбу близких, либо в виде навязчивых мыслей о неизлечимости, которые беспрерывно, «как по кругу», как на «заведенной пластинке» вращаются в сознании больного. Опасения нередко имеют реальную почву, близки личности больного. Они не носят характера необычности, вычурности, сознаются больными как патологические явления, к которым они порой пытаются применить меры борьбы – чаще всего в виде переключения на другую деятельность, на другое направление мыслей; возможны отдельные защитные ритуалы в виде отвлекающего счета, определенных движений, действий. На высоте приступа критика может быть потеряна, когда ощущение навязчивости мыслей, сознание их болезненности отходит на второй план. Фобии чаще монотематичны. В последующем течении возможна замена одних фобий другими или их одновременное сосуществование. Данный тип фобий сопровождается большой эмоциональной заряженностью с преобладанием тревоги или чувства страха.

Другой тип навязчивостей протекает в виде навязчивых действий, желаний, мыслей, ярких образных представлений или воспоминаний. Любой из этих видов навязчивостей чаще всего связан с депрессивным характером переживаний больного – в виде навязчивого воспоминания неприятных событий, ситуаций, виновниками которых считают себя больные, или навязчивых мыслей о неизлечимости. У других больных появляется навязчивое желание произносить неприличные слова в присутствии уважаемых и близких им людей. При этом некоторые больные отмечают: чем ближе и любимее им человек, тем более неприятные мысли и желания оказываются с ним связанными. Все это крайне мучительно переносится больными, с полным сознанием болезненности своего состояния и невозможности от него избавиться. Не менее тягостным для больных являются некоторые навязчивости, протекающие в виде ярких образных представлений (овладевающие представления), характеризующиеся картинами гибель-

ли близких и родных или зрительным воспроизведением иной неприятной ситуации.

В отличие от неврозов данные навязчивости обнаруживают тесную связь с депрессивной фазой во времени, т.е. чаще всего возникают лишь в рамках фазы; кроме того, они поддаются лечению антидепрессантами, если включаются в структуру депрессивного состояния.

Субдепрессии с сенестопатическими-ипохондрическими расстройствами 106

Как и при субдепрессиях с навязчивостями, здесь отмечается незначительная глубина депрессивных расстройств без психомоторной и идеаторной заторможенности. Фон настроения то слегка тревожно-тоскливый, то с преобладанием плаксивости или раздражительности. Больные испытывают неприятные ощущения в различных частях тела, то в виде жжения, то ползания «мурашек», неприятных болевых ощущений в эпигастрии, сердце, кишечнике, груди без наличия какого-либо соматического заболевания соответствующей области тела. У ряда больных весь синдром исчерпывается подобными вегетативными расстройствами («вегетативные» депрессии Лемке²); у других – сопровождаются ипохондрическими высказываниями, повышенным беспокойством о своем здоровье, предположениями о наличии у них какого-либо тяжелого заболевания при отсутствии на это объективных данных или при их минимальной выраженности. Больные много времени уделяют состоянию своего здоровья, обнаруживают «угрожающие» изменения деятельности их организма, постоянно проверяют пульс, следят за ритмом дыхания, отправлениями кишечника. Наличие вегетативных кризов расценивают как катастрофу, неминуемо ведущую их к гибели. Фабула ипохондрических высказываний может либо повторяться от фазы к фазе, либо изменяться.

² Вегетативная депрессия Лемке – описанный R. Lemke (1949) вариант ларвированной депрессии с преобладанием в клинической картине симптомов вегетативной дисфункции.

Если у некоторых больных болезнь течет по типу клише с повторением фаз, протекающих на неглубоком уровне, то у других наблюдается динамика от субдепрессивных фаз с ипохондрическими опасениями и легкой тревогой до тревожно-ажитированных депрессий с ипохондрическим нигилистическим бредом, развивающимся чаще всего в инволюционном периоде.

Ларвированные, «скрытые», «маскированные» депрессии. 107

Помимо четко очерченных депрессивных состояний все чаще в клинической практике встречаются так называемые скрытые, маскированные депрессии, при которых аффект тоски практически отсутствует и на первый план выступают обильные сомато-вегетативные расстройства. Эти состояния в клинике встречаются редко, значительно чаще наблюдаются в амбулаторной практике не только врачей психиатров, но и врачей других специальностей. О принадлежности этих состояний к депрессиям можно судить по фазности этих расстройств, по суточным колебаниям, наследственной аффективной отягощенности, наличию аффективных фаз в анамнезе и по положительному терапевтическому эффекту от применения антидепрессантов.

В рамках ларвированной депрессии описываются периодическая бессонница, периодическая импотенция, люмбаго, зубная боль, периодические желудочные спазмы, экземы и другие.

Ряд авторов (Лопес Ибор, Лопес Ибор Алино) подобные фазные сомато-вегетативные расстройства расценивают как депрессивные эквиваленты и выделяют три их типа: 1) сенестопатически-невралгический болевой синдром, 2) ментальную анорексию и 3) психо-соматические состояния в виде периодических страхов и навязчивостей. Правильное распознавание этих состояний в рамках депрессивного синдрома позволяет применить к ним наиболее адекватную терапевтическую тактику.

Депрессивный синдром с психомоторной и идеаторной заторможенностью 108

Этот синдром считается наиболее типичным, «классическим», в рамках течения МДП, хотя в последние годы все реже встречается в течении заболевания, уступая место все более «атипичным» его проявлениям.

Клиника данного синдрома складывается из психомоторной и идеаторной заторможенности и резко сниженного настроения с целым рядом сомато-вегетативных расстройств. Преобладает чувство тоски. Особенно сильно она выражена по утрам в сопровождении физического её ощущения в груди («как будто камень»), то с ощущением давления, то жжения; возможно физическое чувство тоски и в других частях тела – животе, голове и пр. (витальный компонент депрессии или «телесный» тип депрессии по К. Шнайдеру).

В развернутой стадии больные выглядят подавленными, мимика скорбная, заторможенная; поза – сгорбленная. Руки бессильно опущены вдоль туловища. В глазах застыла печаль, скорбь, тоска. Слезы отсутствуют. Голос тихий, ответы односложные, порой после длительной паузы. Мышление заторможенное, с бедностью ассоциаций, песимистической оценкой прошлого, настоящего и будущего. При уменьшении психомоторной заторможенности усиливается опасность совершения суицида.

У ряда больных в рамках депрессивного синдрома развивается депрессивная деперсонализация «*Anaesthesia psychica dolorosa*» с ощущением утраты чувств, эмоций, что больными очень болезненно переживается.

Для большинства типов депрессий характерно наличие соматовегетативных расстройств в виде нарушений сна, снижения аппетита вплоть до полного отказа от еды, наличия запоров. Больные резко худеют; снижается или повышается артериальное давление, конечности холодные, тургор кожи понижен. Снижается половой инстинкт.

Возможен перерыв месячных у женщин. Характерен суточный ритм колебаний психического состояния, чаще с ухудшением в первую половину дня и улучшением во вторую (возможен и извращенный ритм). На высоте депрессий суточные колебания могут отсутствовать. Выход чаще постепенный, чем острый.

У других больных на первый план выступают идеи вины или греховности, идеи самоуничтожения. На фоне резко сниженного настроения больные винят себя в совершенных ими ранее проступках; считают, что они в тягость семье, не имеют права есть государственный хлеб, их место не в больнице, а в тюрьме; требуют их наказать; им зря давали стипендию; они обманывали государство, создавали «видимость» способных студентов или хороших работников; на самом деле они бездарны. Фабула идей вины нередко черпается из реальной ситуации, из незначительных совершенных больными проступков и носит сверхценный характер. Реже идеи вины достигают уровня бреда.

При нарастании тяжести депрессий с углублением психомоторной и идеаторной заторможенности может развиваться депрессивный ступор с полной обездвиженностью, отсутствием контактов с окружающими и тяжелыми переживаниями депрессивного содержания.

В ряде случаев на фоне глубокой депрессии может возникнуть состояние меланхолического (депрессивного раптуса). Возникает оно обычно внезапно, носит как бы пароксизмальный характер и выражается в быстро возникающем или усиливающимся чувстве невыразимой, глубокой тоски, с резко выраженными витальными компонентами депрессии. В это время моторная заторможенность сменяется двигательным возбуждением, «ажитацией». Больной, испытывая мучительную физически ощутимую тоску, со стонами, криком, мечется по комнате, пытается нанести себе увечья, биться головой о стену. Нередко больные в таком состоянии совершают суициды. Наиболее часто состояния меланхолического раптуса возникают утром, когда признаки витальной депрессии особенно выражены.

Тревожная, тревожно-ажитированная депрессия . . . 109

При тревожной депрессии большое место в структуре синдрома занимает аффект тревоги. Тревога чаще мотивированная, связанная с реальными опасениями за судьбу близких, родных, своего будущего. Возможна тревога и немотивированная (беспредметная). У одних больных тревога не отражается на их поведении и сопровождается значительной психомоторной заторможенностью; у других оказываются менее выраженными психомоторная и интеллектуальная заторможенность. Больные становятся беспокоящими. Тревожный аффект проявляется в нервном потирании рук, тереблении края одежды, одеяла, в беспокойном взгляде с постоянным обращением к врачу, медицинскому персоналу с тревожащими больного вопросами.

При нарастании психомоторного возбуждения, тревоги и страха больные не могут удержаться на месте, мечутся с плачем по отделению, с монотонными воплями, причитаниями, вербигерацией (тревожно-ажитированная депрессия). К вечеру симптомы депрессии могут усиливаться. Данный тип депрессии более характерен для лиц пожилого возраста, хотя в некоторых случаях может встречаться и в среднем возрасте. Нередко подобное состояние развивается в рамках более сложного синдрома – депрессивно-бредового (см. синдром № 110) или синдрома Котара (см. синдром № 111).

Депрессивно-бредовой синдром 110

Данный синдром имеет сложную структуру, где тревожная или тревожно-ажитированная депрессия сочетается с бредом, носящим острый, чувственный характер. К идеям вины могут присоединиться идеи осуждения, появляются вербальные иллюзии. Больной «слышит», как в толпе идет о нем разговор, его осуждают за неправильно прожитую жизнь, за определенный проступок, им ранее совершенный. Появляются идеи отношения и значения,

носящие депрессивную окраску: окружающие искоса или насмешливо посматривают на больного, пренебрежительно сплевывают в его сторону, так как он большего не достоин. Вокруг суетятся какие-то люди, возле дома все чаще останавливаются машины, он знает, что своими поступками заслужил «тюрьму». В отделении больные и «знакомые» разыгрывают сцены «его позора»; они хотят, чтобы он еще раз продумал всю тяжесть совершенного им преступления и понес заслуженную кару. Нарастает растерянность, тревога. На высоте психоза психопатологическая продукция может приобрести фантастическое содержание (меланхолическая парафрения) с дальнейшим развитием онейроидного помрачения сознания. Теряется ориентировка в месте и времени. Больным представляется, что они находятся в подземелье, тюрьме, аду и т.п. Вокруг идет приготовление к их казни. После выхода из острого психического состояния восстанавливается полная критика к психозу. Фон настроения еще долгое время может оставаться сниженным. Данный синдром развивается в более позднем возрасте. Имеется тенденция к повторности подобных состояний.

В отличие от некоторых разновидностей депрессивно-бредового синдрома в рамках приступообразной шизофрении, при МДП на первый план выступает депрессивный аффект. Содержание бреда всегда спаяно с идеями вины, греховности и реже – осуждения, тогда как при шизофрении нередко нарушается четкая структура синдрома, то за счет преобладания бредовых расстройств (не только депрессивного содержания), то за счет значительного развития галлюцинаторных расстройств с присоединением синдрома психического автоматизма с идеями воздействия или овладения. При шизофрении, при выходе из острого состояния в ряде случаев еще длительно сохраняются отдельные бредовые или галлюцинаторные расстройства на фоне атипичных проявлений депрессивного аффекта.

Меланхолический синдром Котара 111

Данный синдром является разновидностью меланхолической парафрени с наличием фантастического характера психопатологических расстройств, то с преобладанием идей «громадности», то нигилистических ипохондрических идей (брёда отрицания). Больные считают себя великими грешниками. Им нет никакого оправдания на Земле. Из-за них страдает не только их семья, но и все человечество. Они виноваты в гибели людей от войны, болезней и других бедствий и теперь настало время расплаты. Они никогда не умрут и будут вечно мучиться, неся кару за все совершенные ими прегрешения (бред громадности). При нигилистическом бреде Котара (бред отрицания) больные высказывают ипохондрический бред – у них гниют все внутренности, кости; от них ничего не осталось. Они заражены «страшной» болезнью, еще не известной людям, и могут заразить весь мир и прочее. На высоте расстройств возможно развитие онейроидного помрачения сознания. Чаще всего данные сложные депрессивные синдромы развиваются в инволюционном или более позднем возрасте. В последующем – либо полный выход, либо с постепенной потерей остроты состояния наблюдается переход в затяжные депрессии, продолжительностью до нескольких лет, либо переход в маниакальное состояние.

Депрессивно-онейроидный синдром 112

Чаще развивается в рамках депрессивно-бредовых состояний на высоте развития фазы. Нарушается ориентировка в месте и времени. Психопатологические расстройства носят фантастический характер: больные являются «свидетелями» гибели мира, они «находятся» в аду или в космосе, «видят» ужасы войны. Вся их патологическая продукция насыщена депрессивным аффектом с преобладанием идей вины. Онейроидные расстройства при МДП чаще короткие. В отличие от шизофрении они протекают без слуховых галлюцинаций и синдрома психического автоматизма, а также без выраженных кататонических рас-

стройств. Выход из острого состояния чаще критический, однако аффект еще длительное время может оставаться депрессивным или же может развиваться маниакальное состояние с последующим выходом в интермиссию.

Затяжные депрессии с тенденцией к «хронификации» 113

Чаще развиваются при МДП во второй половине жизни, иногда как манифестный психоз или после ряда коротких депрессивных приступов. В зависимости от возраста его появления, затяжные депрессии могут иметь различные клинические черты. Так, при развитии затяжных депрессий в среднем возрасте, они нередко в течение длительного времени носят черты остроты и выраженной глубины расстройств, с неустойчивостью клинической картины на протяжении нескольких лет. Лишь в последующем наступает стабилизация состояния с уплощением клинической картины, развитием монотонного неглубокого аффекта с резко выраженной резистентностью к любым антидепрессивным терапевтическим средствам. Если у одних больных аффект длительно сохраняет остроту своих проявлений, то у других в более позднем возрасте аффект довольно быстро теряет свою яркость; высказывания больных становятся монотонными, маловыразительными. Тревожные опасения теряют свою актуальность. В последующем нередко теряется грань между фазой, разидуальными состояниями и личностными особенностями, могущими развиться после большого числа перенесенных фаз или затяжного многолетнего приступа. Длительность затяжных приступов от 2 до 12–14 лет. Дальнейшая динамика – либо полный выход с возможным переходом в маниакальное состояние, либо хронификация состояния с развитием своеобразного дефекта.

Депрессивный синдром, реактивно спровоцированный 114

Нередко депрессии при МДП развиваются после психогении и носят первое время черты реактивной депрессии

с преобладанием мыслей, связанных с реактивной ситуацией. В последующем депрессия теряет психогенные черты и все более становится «эндогенной», с витальным компонентом, суточными колебаниями; психогенная ситуация теряет свою актуальность, в то время как депрессия продолжает нарастать. Повторные фазы развиваются вне связи с психогенией.

Эндоактивные дистимии Вайтбрехта 115

Они занимают как бы промежуточное положение между эндогенными и реактивными депрессиями. Для них является характерным переплетение в депрессии эндогенных и реактивных черт. Депрессии протекают с преобладанием сенесто-ипохондрических, астенических расстройств на фоне мрачного, раздражительно-недовольного или слезливого дисфорического настроения. При этом нередко депрессия носит витальный характер, но с отсутствием первичных идей вины. Незначительное отражение в клинике психореактивных моментов отличает их от реактивных депрессий. В анамнезе такого рода больных отсутствуют истинные маниакальные или депрессивные фазы. Наследственная отягощенность аффективными психозами выражена слабо. В преморбиде преобладают лица эмоционально-лабильные, сензитивные, раздражительные, мрачно-угрюмые.

Маниакальный синдром

Как и депрессии, маниакальные состояния в рамках аффективных психозов (МДП, циклотимия) характеризуются различной степенью выраженности проявлений.

Гипоманиакальные состояния 116

Характеризуются нерезко выраженным повышенным настроением, психомоторным и интеллектуальным возбуждением. Больные подвижны, энергичны, много жестикулируют, склонны к шуткам. Преобладает чувство ра-

дости бытия. Больные говорливы, шумливы, деятельны. Производят ненужные покупки, много тратят денег. В начальной стадии гипомании у больных отмечается продуктивное интеллектуальное возбуждение с обилием планов и идей, легкостью мышления, достаточной творческой активностью, ускорением течения представлений. Появляется склонность к рифмованию. Однако довольно быстро ассоциации становятся поверхностными, нарастает отвлекаемость внимания. Имеет место переоценка личности и возможностей. Несмотря на приподнятый фон настроения, больные могут легко раздражаться. Любое стеснение их свободы и воли может вызвать выраженную реакцию протеста, недовольства, гневливости.

Уже в гипоманиакальных состояниях отмечается повышение влечений. Больные много едят, эротичны, заводят сомнительные знакомства; возникают алкогольные эксцессы. Спят больные немного, однако хорошо высыплются. Постоянно испытывают чувство бодрости.

Гипоманиакальные состояния характерны для циклотимии, а также для МДП либо в начальном этапе течения болезни до развития выраженных маниакальных состояний, либо в начале или конце маниакальной или депрессивной фазы, а также в интервале между фазами. У других больных развиваются неглубокие аффективные расстройства в виде гипоманий после длительного течения болезни с выраженными психотическими фазами.

Маниакальные состояния 117

Характеризуются значительной глубиной аффективных расстройств. Начало либо постепенное, либо острое с быстрым нарастанием тяжести расстройства со значительным психомоторным и интеллектуальным возбуждением. Настроение приподнятое, голос хриплый, речь торопливая, сбивчивая, «в телеграфном стиле». Мышление теряет последовательность (в виде «скачки идей»). Внимание крайне отвлекаемо. Больные не могут усидеть на месте – скачут, прыгают, танцуют, поют, рифмуют, громко хохочут, хлопают в ладоши; несмотря на резкое возбуждение,

деятельность сохраняет свою целенаправленность, т.е. сохраняется стремление к деятельности (в отличие от больных с кататоническим возбуждением). На высоте развития синдрома психомоторное возбуждение может дойти до маниакального неистовства, когда больные все разрушают вокруг (Mania furibunda³); скачка идей доходит до бессвязности с нарушением сознания и последующей амнезией («спутанная мания»).

Гневливая мания 118

В данном состоянии отмечается преобладание повышенной раздражительности с гневливостью. Однако больные остаются деятельными, энергичными: они язвительны, полны сарказма, нетерпимы к малейшим погрешностям, недостаткам в высказывании, поведении окружающих, обслуживающего медперсонала; обычно являются грозой отделений. У других на первый план выступает борьба за справедливость.

Мания с идеями величия 119

В данном синдроме на первый план выступают идеи горделивости, величия. Больной считает себя выдающимся певцом, государственным деятелем, выдвигает планы преобразования государства, предлагает свои способы решения сложных международных проблем. Другие больные заняты «решением» научных вопросов, предлагают свои методы плавки металлов и пр.; они все могут, все умеют и находятся на «равной ноге» с президентом академии наук; полагают, что в состоянии решить любой сложный вопрос. Поза, осанка – горделивые. Взгляд – то благожелательно-снисходительный, то насмешливо-пребрежительный. Ведут беседу с персоналом в приказном или обличительном тоне, настроение неустойчивое, то приподнято-благодарное, то гневливое с тенденцией к произнесению обличительных речей.

³ Неистовая мания (лат. furibundus – бешеный, неистовый).

Мания с ипохондрическими расстройствами 120

Характеризуется сочетанием маниакальных проявлений с сенесто-ипохондрическими расстройствами.

Несмотря на приподнятое настроение, повышенную активность, больные склонны к фиксации внимания на различных неприятных ощущениях в теле, высказывают опасения чем-либо заболеть. Часто обращаются к врачам различных специальностей. Одновременно с этим больные оживлены, многоречивы, деятельны. Фон настроения неустойчивый, то приподнят, то с гневливостью и раздражительностью.

Маниакальные состояния с преобладанием экстатически-экзальгированного аффекта 121

Чаще развиваются на фоне психомоторной и интеллектуальной пассивности. Настроение торжественно-приподнятое. Окружающие явления вызывают либо чувство радостного благоговения со слезами благодарности и умиления, либо ощущение проникновения в суть вещей, познания внутреннего смысла явлений. Эти состояния более свойственны для атипичных форм МДП, и возникает необходимость их дифференциации с периодическими формами течения шизофрении, с учетом всего течения заболевания в целом.

Затяжные мании с тенденцией к хронификации 122

Характеризуются затяжными маниакальными (гипоманиакальными) состояниями. Развиваются нередко после ряда острых аффективных фаз, как маниакальных, так и депрессивных, чаще во второй половине жизни. С течением времени острота маниакальных расстройств сглаживается. Аффект блекнет, стремление к деятельности сохраняется, однако активность больных оказывается без творческого подъема.

Смешанные состояния

(без специального выделения отдельных видов) 123

Описанные Крепелином и Вейгандом⁴ смешанные состояния характеризуются замещением отдельных признаков аффективного синдрома одного полюса другим, когда, например, в депрессию включаются признаки мании, а в манию – признаки депрессии. Однако далеко не все авторы признают выделение смешанных состояний и рассматривают их в рамках «атипичных» аффективных синдромов. В клинической практике со смешанными состояниями приходится встречаться чаще всего при переходе аффективного синдрома одного полюса в другой при течении болезни сдвоенными фазами или при непрерывной смене аффективных состояний. Значительно реже смешанные состояния встречаются как изолированный синдром; последнее более свойственно атипичным формам МДП, когда появляется необходимость дифференцирования с периодическими формами течения шизофрении.

Возникновение смешанных состояний по Крепелину объясняется неравномерной, несинхронной заменой одних признаков другими при переходе в противоположный по аффективному знаку синдром. Так, одни проявления остаются еще в рамках прежнего синдрома, тогда как другие уже перешли в противоположную фазу, в связи с чем у одного больного одновременно сосуществуют признаки маниакальной и депрессивной фаз. В зависимости от той последовательности, в какой происходит замена признаков депрессии маниакальными (и наоборот), и образуются различные клинические типы смешанных состояний.

Опишем некоторые виды смешанных состояний по Крепелину. «Депрессивная мания», или «боязливая мания», возникает при переходе из маниакальной фазы в депрес-

сивную. Здесь в первую очередь снижается настроение, в то время как психомоторной и интеллектуальной заторможенности еще не наступило. Больные остаются деятельными, подвижными, отвлекаемыми, активными с обилием мыслей, склонностью к рифмованию; они много пишут и говорят. В то же время содержание мыслей становится все более депрессивным; настроение то тревожно-тоскливое с раздражительностью, то тревожно-боязливое.

Состояние, когда ускоренное мышление заменяется его заторможенностью – «возбужденная депрессия» (не смешивать с ажитированной депрессией). Настроение здесь уныло-плаксивое, масса жалоб. Несмотря на многосложность, бросается в глаза однообразность высказываний, с постоянным повторением одних и тех же жалоб. В то же время больные могут критично к себе относиться, сделать остроумное замечание. Возбуждение не очень резкое.

«Маниакальный ступор». Развивается при переходе депрессий, депрессивного ступора в манию, когда настроение уже повышено, но сохраняются прежние проявления синдрома. Больные остаются молчаливыми, недоступными. Появляется склонность к украшательству, выражение лица живое, хитро улыбающееся. Больные кокетливы, эротичны; в курсе всех событий, делают отдельные меткие замечания, подают адекватные реплики. Постепенно снимаются психомоторное и интеллектуальное торможение и у больных развивается выраженный маниакальный синдром.

«Депрессия с ускоренным мышлением». В обычной картине депрессии заторможенность мыслей заменяется ускоренным мышлением. При этом не отмечается только депрессивной направленности мышления (депрессивный моноидеизм); у больных появляется интерес к окружающему. Они много читают, пишут, но говорят очень мало.

Следует отметить, что смешанные аффективные состояния проявляются и в содержании мыслей; так например, маниакальный больной думает о смерти, высказывает суицидальные мысли, в то время как у депрессивного больного мысли о вечных муках могут протекать на дурашливо-приподнятом фоне настроения.

⁴ Эмиль Крепелин впервые ввел термин «смешанные состояния» в 5-м издании своего учебника по психиатрии (1896). Его ученик Вильгельм Вейгандт в докторской диссертации (1899), подтвердил основной принцип, который был положен Крепелином в основу выделения смешанных расстройств.

Интермиссии 124

Полное восстановление психического здоровья и работоспособности после перенесенной фазы. Изменения личности практически отсутствуют.

Ремиссии с остаточными явлениями в виде аффективных расстройств (без указания на их вид) 125

У ряда больных в период между фазами появляется аффективная лабильность в виде неглубоких субдепрессивных или гипоманиакальных состояний, не свойственных им до болезни.

Подобные состояния могут возникать либо реактивно, либо спонтанно (аутохтонно) и нередко носят сезонный характер.

Ремиссии с постоянно измененным субдепрессивным фоном настроения 126

По выходе из фазы у некоторых больных не наступает интермиссии, а возникает стойкий субдепрессивный фон настроения, который, однако, в большинстве случаев не мешает их социальной адаптации.

Ремиссии с постоянно измененным гипоманиакальным фоном настроения 127

У других больных в промежутке между фазами развивается стойкий гипоманиакальный фон настроения. Больные активны, живы, деятельны. Настроение слегка приподнятое, то с оттенком благодушия, то раздражительности и высокомерия.

Ремиссии с заострением преморбидных характерологических черт 128

При длительном течении болезни у ряда больных отмечается заострение их преморбидных черт. У одних больных это проявляется в усилении тревожно-мнительных

черт характера; у других нарастает ригидность в мышлении, поступках или усиливаются свойственные им ранее сензитивность, ранимость, обидчивость и др.

Ремиссии с явлениями так называемой психической слабости. 129

Частые повторные приступы при большой длительности заболевания у некоторых больных могут привести, по Крепелину, Штранскому, Рему, Груле к состояниям так называемой психической слабости, «одряхления психики», которые проявляются в виде ослабления инициативы, сужения круга деятельности; то есть отмечается снижение уровня их психической активности, однако, в отличие от шизофрении без коренной ломки всей структуры их личности с сохранением эмоциональных контактов, морально-этических установок. Характерно отсутствие аутистических тенденций. Сохраняется прежняя направленность на внешний мир, хотя и с ограничением широты контактов. Подобного рода больные сознают и критически относятся к происшедшим в них переменам и тяготятся ими.

Ряд авторов (Штранский, Шпехт, Галачьян А. Г.) подобное «одряхление психики» пытаются связать с поражением диэнцефальной области, с нарушением эндокринно-вегетативной регуляции, которые становятся наиболее заметными при длительном течении заболевания с частыми повторными фазами.