

О ДЕПРЕССИЯХ У БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В настоящее время в медицине разработан большой арсенал методик, направленных как на диагностику, так и на формирование (коррекцию, терапию) самых различных психологических новообразований личности.

В данной статье приведены наши исследования о разнообразии депрессий, встречающихся у больных с диагнозом героиновая зависимость.

Как известно, помимо классической депрессии, выражающейся в триаде – тоска, идеаторное и двигательное заторможение, наблюдаются и смешанные состояния: тоска со скачком идей, тоска с двигательным расторможением, варианты типического депрессивного синдрома. Часто встречаются депрессии с бредом, депрессии с ажитацией, тревожные депрессии с суетливым возбуждением и бредом суждения, вербальными иллюзиями, бредом интерметаморфоза, бредом Котара (бредом громадности из круга отрицания или из круга меланхолической громадности), депрессивно-параноидные синдромы.

Типическая депрессия может прерываться неистовым возбуждением: длительное время подавленные, тоскливые, идеаторно и моторно-заторможенные больные внезапно резко неистово возбуждаются.

Степени раптусы может достигнуть и депрессивное состояние с возбуждением, с бредом.

Идеаторное и двигательное заторможение при депрессиях в своем развитии может достичь степени ступора. Ажитированная депрессия также может прерываться ступорозным состоянием,

даже с отдельными кататоническими проявлениями.

Наблюдаются депрессивные синдромы, которые сопровождаются злобностью, слезливостью, они наблюдаются при органических заболеваниях. Обычно классическая депрессия «сухая», но могут быть варианты в виде слезливой депрессии.

Больной в депрессивном состоянии печален, выражение лица тоскливое, поза сгорбленная. Но надо помнить еще об одном депрессивном варианте, когда депрессивный больной может улыбаться, что говорит об улыбающейся депрессии. В этих случаях есть опасность просмотреть депрессивное состояние за такого рода улыбкой. У некоторых больных классический депрессивный синдром может сопровождаться ворчливостью: больной не только тосклив, но и постоянно чем-то или всем недоволен, он неприязненно относится ко всему окружающему. В таких случаях говорят о брюзжащей или ворчливой депрессии.

Депрессивные состояния, особенно классическое депрессивное состояние, в некоторых случаях (и не так уж редко) осложняются появлением навязчивостей, мучительных навязчивых воспоминаний, фобий, навязчивых сомнений, что создает апатию. Такая апатия может проявляться как в рамках классической депрессии, так и (по-видимому, особенно часто) депрессии, возникающей в рамках циклотимии.

Наконец, при депрессиях возникают явления дереализации и деперсонализации, то есть то

расстройство, которое носит название психика долороза, мучительное бесчувствие. Больные страдают от того, что потеряли, утратили чувства к близким, к природе, ко всему окружающему, они «не живут», потеряли эмоциональный, чувственный резонанс.

При депрессиях, не только классических, но и при сложных (депрессиях с бредом и т.п.) отмечается еще один симптом, который часто просматривается как притворство: утрата чувства и сознания сна. Больной спит и тем не менее каждое утро жалуется, страдает от того, что не спал всю ночь. Такое сопровождающее депрессию расстройство называется утратой сна или утратой сознания сна. Оно наблюдается и при депрессиях, возникающих как осложнение при лечении больных аминазином. Следовательно, оно присуще не только эндогенной депрессии, но и депрессии другого происхождения, может быть, даже в особенности депрессии интоксикального происхождения, то есть симптоматической депрессии.

Среди аффективных синдромов выделяют еще синдром дисфории – злобное, мрачное настроение с чрезвычайно выраженной гиперестезией, раздражительностью, с взрывами гнева и агрессии (брутальное настроение, настроение с брутальными тенденциями).

Еще один эмоциональный синдром – апатический ступор, состояние безучастности, равнодушия, безразличия к окружающему и к самому себе, к своему собственному положению. Все внешние впечатления не привлекают внимание больного, он к ним безучастен. Его взгляд направлен в пространство, поверх окружающих предметов. При обращении к такого рода больному он отвечает односложно, ответы его также безразличны, чаще всего он употребляет слово «ничего». При встрече с родными такие больные на минуту оживляются, а затем и к ним становятся равнодушными. Подобные больные подолгу лежат, не меняя позы, в состоянии прострации. Поэтому такие состояния Ясперс, например, называет «смертью с открытыми глазами», французы обозначают «бодрствующей комой». Подобное состояние обычно сопровождается расстройством сна, и ночью больные также безучастно лежат с открытыми глазами; со взглядом, устремленным в пространство. Такого рода расстрой-

ство особенно часто наблюдается при тяжелых алиментарных дистрофиях, авитаминозах, заболеваниях, протекающих с тяжелой кахексией, тяжелых исходных состояниях септикопоемии, которые называют «раневой чахоткой».

Наконец, последний из аффективных синдромов, на котором мы хотели остановиться, это лабильность аффекта, аффективная слабость, раздражительная слабость аффекта. Такое расстройство по своим проявлениям и тяжести довольно различно. В состояниях астении оно наблюдается в виде капризности, смены настроения, резких переходах от недостаточно адекватного оптимизма к необоснованному пессимизму, к отчаянию, к утрате самообладания, вспышкам раздражения. В более тяжелых случаях аффект выражается в раздражительной слабости: неадекватно, по малейшему пустяку больной приходит в состояние тяжелого раздражения, иногда даже с грубыми, брутальными действиями, которые быстро сменяются состоянием слабости и слезами. И, наконец, «аффективное недержание», как высшее выражение лабильности аффекта, проявляется в том, что любое внешнее впечатление вызывает у больных слезы, но их плач можно прервать, больных легко успокоить и также быстро вызвать улыбку – это проявление «аффективного недержания». «Аффективное недержание» необходимо отличать от насильственного смеха, насильственного плача, где смех и плач появляются не в результате утраты самообладания больным, а именно насильственно, как органически обусловленный разряд.

Как видно, в нашей практике всякое исследование начинается с описания, сравнения, дифференциации, а затем спускается на более глубокий уровень: исследование механизма депрессивных состояний больных, для чего привлекается широкий круг специалистов-анатомов, нейрофизиологов и других, но это тема уже другого исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванец Н.Н.* Основы психофармакотерапии. М., 1999. С. 10-23.
2. *Стрелец Н.В.* и др. Острые психозы у больных хроническим алкоголизмом и опийными наркоманиями, развивающиеся в ходе стационарного лечения // Вопросы наркологии. 2000. № 1.

Поступила 2.10.06г.