ШИЗОФРЕНИЯ

История развития учения о шизофрении связана с име­нами С. С. Корсакова, В. X. Кандинского, Э. Крепелина, Е. Блейлера.

Во второй половине XIX века отдельные формы шизо­френии описывались как самостоятельные заболевания. Первые попытки объединить их в нозологическую группу были сделаны С. С. Корсаковым и В. X. Кандинским.

Э. Крепелин под названием dementia praecox (раннее слабоумие) объединил в одну группу болезни, которые, по его мнению, начинались в молодости и быстро приводи­ли к слабоумию. В дальнейшем стало очевидно, что существуют и другие формы болезни. Их кардинальным признаком Е. Блейлер считал «расщепление». Название заболевания «шизофрения» в переводе с греческого озна­чает «расщепление» психики.

В разных странах число больных шизофренией колеб­лется от 0,15 до 1—2%. Сложность выделения шизофре­нии объясняется разнообразием клинической картины заболевания.

Причина шизофрении до настоящего времени неиз­вестна. Получены убедительные данные о значении наследственного предрасположения. Имеет значение слабость нервных клеток, которая развивается вследствие отравления продуктами нарушенного обмена веществ (главным образом белкового обмена).

Исследования в области нейрофизиологии и психофар­макологии установили наличие при шизофрении нару­шений взаимодействия коры, подкорковых образований и ретикулярной формации ствола мозга.

Клиническая каротина. Для шизофрении типи­чен ряд синдромов: неврозоподобный, аффективный, кататонический, галлюцинаторно-параноидный. Во все синдромы входят общие, характерные симптомы, которые наблюдаются с большей выраженностью. К ним отно­сятся следующие.

Расщепление — утрата единства психической дея­тельности: стремления, действия, чувства больных утра­чивают связь с реальной действительностью, возникает неадекватность чувств, сменяющаяся снижением эмо­циональности, эмоциональной холодностью, эмоциональ­ной тупостью.

Аутизм — отгороженность, отрыв от реальности, погружение в мир собственных переживаний.

Утрата активности: больные постепенно ста­новятся малоактивными, бездеятельными, вялыми, безыни­циативными, иногда проявляют активность и инициативу, направляемую болезненными переживаниями.

Указанные 3 группы симптомов составляют суть нарастающих специфических изменений личности — так называемый шизофренический дефект. Его выражен­ность обусловливается в первую очередь прогредиент-ностью заболевания. Под исходными понимают отно­сительно стабильные на конечных этапах развития болезни состояния, характеризующиеся преимущественно симптомами дефекта. Под ремиссией понимают частичное или полное исчезновение признаков болезни. Ремиссия может наблюдаться как закономерный этап течения болезни (спонтанная ремиссия) или наступает под воздействием лечения (терапевтическая ремиссия).

Различают три формы клинического течения шизофре­нии: 1) непрерывно текущую; 2) рекуррентную (периоди­ческую); 3) приступообразно-прогредиентную (шубообразную).

Для непрерывнотекущей формы характерно течение процесса без заметных признаков улучшения, непрерывно, с постепенным нарастанием психопатологи­ческой симптоматики и усилением клинических проявле­ний. По степени быстроты нарастания психического дефекта выделяют три варианта данной формы: медленно текущую (вялотекущая, малопрогредиентная), умеренно-прогредиентную шизофрению и злокачественное течение.

Рекуррентная (периодическая, ремиттирующая) форма отличается возникновением острых, относительно кратковременных вспышек психоза, перемежающихся светлыми промежутками. При этой форме течения изме­нение личности нарастает медленно.

Приступообразно-прогредиентная шизо­френия (шубообразная) также протекает в форме при­ступов, но они обычно более длительные, чем при рекур­рентной шизофрении. За приступами следуют периоды значительного ослабления или даже исчезновения боле­зненной симптоматики (ремиссии), однако от приступа к приступу отмечаются все более заметные изменения личности и нарастание слабоумия.

У больных с вялым течением болезни не наблюдаются острые психотические состояния, длительное время отсут­ствуют проявления болезни. Вначале отмечаются невро-зоподобные расстройства, немотивированные колебания настроения, неопределенные соматические жалобы, возни­кающие без соответствующих причин, чувство усталости. Постепенно возникают признаки отчужденности (аутизм), расстройства мышления в виде остановок и обрывов (так называемые шперунги) или наплывов мыслей, бес­плодного мудрствования и резонерства. Такие больные, не обладая элементарными сведениями, начинают читать книги по философии, экономике, астрономии и т. п., высокопарно говорят о банальных истинах.

Постепенно у этих больных нарастают чудаковатость, неряшливость, жестокость, эгоизм. Возникает эмоциональ­ное оскудение с безразличием к родным, собственной судьбе, исчезают прежние интересы и привязанности. Больные вынуждены прерывать учебу, становятся безыни­циативными на работе, у них часто снижается трудоспо-" собность. При этом усиливаются вялость, апатия, происхо­дит так называемая редукция энергетического потенциала. На отдаленных этапах болезни появляются бредовые рас­стройства в виде бреда изобретательства, реформаторства, ревности, иногда в сочетании с элементами идей пресле­дования.

Прогноз при вялотекущей шизофрении относительно благоприятный, так как стойкая утрата трудоспособности наступает спустя годы от начала болезни.

Умеренно-прогредиентная (параноид­ная) шизофрения обычно начинается в возрасте 25 лет и старше. Для нее характерны бредовые расстройства. Появлению типичного бреда предшествует инициальный период, во время которого у больных могут наблюдаться навязчивости и другие неврозоподобные симптомы, тре­вожность, подозрительность. Этот период может продол­жаться несколько лет. Затем наступает паранойяльный этап заболевания. Постепенно формируются бредовые идеи различного содержания, при этом галлюцинаций обычно не бывает. В дальнейшем развивается параноидный этап болезни: нарастает и усложняется бред, появляются галлюцинации, псевдогаллюцинации, явления синдрома Кандинского—Клерамбо. Чаще всего на этом этапе преобладают бредовые идеи преследования и воздействия.

Больная П., 56 лет. Росла и развивалась правильно, по ха­рактеру была веселая, общительная, отзывчивая. Рано выявилась музыкальная одаренность. Окончила консерваторию, преподавала музыку. Замужем, имеет здорового взрослого сына.

Заболела в возрасте 39 лет, когда появилась подозри­тельность, настороженность, стала раздражительной, искала у себя различные заболевания. Несколько раз была госпитали­зирована в психиатрическую больницу. По выписке чувствовал; себя хорошо, продолжала работать. Обострение болезни отмечается с 50-летнего возраста.

Во время пребывания в клинике появились слуховые гал­люцинации: больная слышала голоса некоего Политова и его друзей, которые обвиняли ее в заражении сифилисом врачей, студентов и учащихся музыкальных школ, где она преподавала. Больная утверждала, что Политов «устраивал ей допрос, называл ее разными обидными словами, фашисткой, пел про нее непри­личные песни». В такие периоды больная часами стояла в одной и той же позе со склоненной головой, выслушивала его обвине­ния. Закрыла ноздри мылом, так как ей слышалось, как он говорил ей, что из носа выделяется зловоние, отравляющее окружающих. Однажды ей сказали, что допрос окончен и она ни в чем не виновата. Однако через некоторое время стала опять слышать голос. «Он испугался, что нанес непоправимый ущерб моему здоровью и поэтому решил меня уничтожит». С тех пор больная постоянно слышит голос своего врага, который сообщает обо всех зверствах, совершаемых над ней. Голос она слышит из подвала. Убеждена, что он скрывается там, посылает ему пищу, чтобы не разгневать его, умоляет врачей спуститься в подвал и отобрать у него рентгеновский аппарат, ящик с радием, «лучами которого он размахивает».

Следующий период развития болезни в типичных случаях характеризуется возникновением абсурдного бреда величия фантастического содержания.

Злокачественный вариант непрерывнотекущей ши­зофрении обычно начинается в юношеском возрасте, после короткого инициального периода быстро развиваются выраженные расстройства психики. Чаще при этом наблю­даются гебефренический и кататонический синдромы. Гебефреническому синдрому свойственны наряду с бредом и галлюцинациями своеобразные аффективные расстройства в виде эйфории и дурашливости, быстрое развитие слабоумия. Клиническая картина характеризуется поли­морфизмом. Больные гримасничают, принимают вычурные позы.

Кататонический синдром может проявляться в виде ступора или возбуждения. При кататоническом ступоре больные неподвижны, поза может быть различной: руки и ноги максимально согнуты во всех суставах и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед так, что подбородок касается груди, или лежат с разогнутыми конечностями. У больных отмечается мутизм, т. е. отсутствие речи. Иногда обнаруживается явление, известное под названием «каталепсия», или восковая гибкость: если поднять руку больного, он на долгое время застывает в таком положении. Лежа в постели, больные могут подолгу держать голову над подушкой — симптом «воздушной подушки».

При прикосновении к губам больного они иногда скла­дывают губы в трубочку и вытягивают их вперед — симп­том «хоботка»

Одним из ярких признаков кататонического состояния является негативизм: больные не выполняют тех действий, которые им предлагают, или совершают противоположные. Так, если больному предлагают открыть рот, то он или не открывает его, или закрывает еще плотнее. Негативизм часто является причиной отказа от еды.

Следует всегда помнить, что у больного, находящегося в кататоническом ступоре, может внезапно наступить двигательное кататоническое возбуждение. Оно характери­зуется следующими основными признаками: движения нецеленаправленные, хаотичные, вычурные, нередко импульсивные. Часто отмечается стереотипия движений и речи, что выражается в повторении одного и того же действия, слова или фразы. В случаях речевого возбуждения (может быть изолированным) больные выкрикивают отдельные слова, фразы, не связанные между собой, так что понять речь такого больного невозмож­но,— разорванность речи. Иногда больные повторяют слова (эхолалия) и действия (эхопраксия) окружающих.

Возбуждение может продолжаться несколько минут или затягивается на многие дни, недели. Нередко подоб­ные проявления так же внезапно прекращаются, как и начинались.

Больной Д., 14 лет. Родился в срок, рос и развивался пра­вильно. В детстве перенес корь и скарлатину. Школу начал посещать с 8 лет. Учился хорошо, много читал. По характеру был общительным, дружил с товарищами.

С 12 лет стал жаловаться на головную боль, утратил сон, появилась рассеянность, не мог ни на чем сосредоточиться. Ощущал неприятные запахи, отказывался от еды, высказывал идеи самообвинения, говорил, что не заслужил хорошую одежду, пищу. Были мысли о самоубийстве. Такое состояние продол­жалось несколько дней и затем прошло. Через год снова появи­лись головная боль, рассеянность, перестал спать, стал отка­зываться от еды, ничего не мог делать, часами сидел в одной и той же позе, ощущал неприятные запахи. Часто появлялись мысли о том, что жить не стоит. Решил покончить жизнь самоубийством. После осмотра психиатром помещен в психи­атрическую клинику.

Внутренние органы без патологических изменений. В пси­хическом состоянии отмечается резкая заторможенность. Часами сидит в определенной позе: голова опущена, руки согнуты в локтях, кисти рук свисают. При попытке поднять его голову оказывает резкое сопротивление. Посаженный вопреки его желанию на стул, остается неподвижным, несмотря на неоднократные предложения встать. Состояние изменяется в течение дня: заторможенность переходит в возбуждение, во время которого больной бегает по палате, куда-то стремится, при этом издает нечленораздельные звуки или выкрикивает отдельные, не связанные между собой слова. Движения неце­лесообразные и некоординированные.

По окончании курса лечения приступил к занятиям в школе.

Рекуррентная (периодическая) форма диагностируется у 1/4—1/3 всех больных шизофренией. Наблюдаются отдельные приступы со своеобразной клинической карти­ной, в которой большое место занимают:

1) аффективные расстройства (маниакальные, депрессивные синдромы, сос­тояние страха, тревоги);

2) бред—образный, чувствен­ный, грезоподобный, фантастический (не интерпретатив-ный, не бред толкования);

3) изменения сознания;

4) кататонические нарушения.

В каждом приступе наблю­дается сочетание этих расстройств. В межприступном периоде у таких больных отмечаются лишь незначитель­ные личностные нарушения: суживается круг интересов, появляются замкнутость, отгороженность, снижается активность.

Одним из характерных состояний при этой форме заболевания является онейроидная кататония. Начало приступа острое, бурное, как бы внезапное. Развитию приступа часто предшествуют бессонница, тревога, голов­ная боль.

На первых этапах типичными являются бред инсцени­ровки, двойная ориентировка, расстройства узнавания. Больным кажется, что все происходящее инсценировано специально для них, перед ними специально разыгрывают сцены, «показывают картины». В окружающих людях узнают своих близких и, наоборот, считают, что одновре­менно находятся в больнице и в каком-то другом месте.

При ухудшении состояния возникают фантастический бред и онейроидное помрачение сознания, характери­зующиеся несоответствием между необыкновенно яркими фантастическими переживаниями и обыденным отрешен­ным поведением больных. Прогноз при отдельном присту­пе, как правило, хороший. Приступы продолжаются в течение нескольких недель.

Больная А., 47 лет. Родилась в крестьянской семье, разви­валась правильно, работала экономистом. .

Заболела остро, появились тревога, подозрительность, подавленное настроение, затем стала молчаливой, затормо­женной, много времени проводила в постели, закрывалась с головой одеялом, бродила с закрытыми глазами. После выздо­ровления рассказала, что ей казалось, будто против нее что-то замышляют, перед ней разыгрывают какие-то сцены, устраива­ют инсценировки, заставляют ее участвовать в этих представ­лениях. Временами видела себя то в отделении клиники, то в каком-то помещении, напоминающем арену цирка, то окру­женной всадниками в средневековых доспехах, спасалась от них; видела колонны демонстрантов, которые «имели к ней отношение». Некоторые эпизоды жизни отделения причудливым образом переплетались с фантастическими событиями. В ок­ружающих больных видела своих знакомых, родных.

В случаях сочетания аффективных и бредовых рас­стройств развиваются депрессивно-параноидные приступы. Депрессия нарастает быстро, обычно сопровождается тревогой (ажитированная депрессия), бредом инсце­нировки (для них специально разыгрывают сцены, их окружают подставные лица, идет спектакль и др.).

Больным кажется, что окружающие говорят об их винов­ности в преступлениях.

В ряде случаев появляется бред Котара (бред му­чительного бессмертия), В этом состоянии больные склон­ны к самоубийству, могут нанести себе тяжелые увечья. Приступы продолжаются в течение многих месяцев.

Реже возникают преимущественно аффективные нару­шения: маниакальные или депрессивные состояния, после которых наступает светлый промежуток.

В маниакальном состоянии наблюдаются элементы дурашливости, цинизм, грубое расторможивание вле­чений, бредовые идеи преследования и отношения.

Депрессивное состояние характеризуется ворчли­востью, угрюмостью, малодоступностью, тревогой, бредом преследования и психическими автоматизмами. С каждым последующим приступом обычно усложняется клини­ческая картина.

Приступообразно-прогредиентная форма течения ши­зофрении встречается чаще других. В ней сочетаются признаки непрерывнотекущей шизофрении в виде посте­пенного нарастания негативных расстройств и глубоких изменений личности с очерченными приступами, напоми­нающими приступы рекуррентной шизофрении. Приступы носят затяжной характер (до 3 лет), негативная симпто­матика постепенно углубляется, появляются психоти­ческие расстройства с бредом и галлюцинациями и даже в межприступных периодах. Клиническая картина при­ступов разнообразна, но преобладают состояния с па­раноидной и галлюцинаторно-параноидной симптома­тикой.

Появление и течение шизофрении у детей имеют ряд особенностей: никогда не бывает развернутого бреда; значительное место в клинической картине занимают ночные страхи и изменение поведения. Прогноз, как указывала Г. Е. Сухарева, лучший у подростков. Значи­тельное место в клинической картине у них занимают ипохондрические жалобы, на втором месте — кататонические симптомы.

Лечение. Основными методами лечения, которые в настоящее время используются в психиатрической практике, являются нейролептики и симптоматические средства. Реже применяют инсулинотерапию.

Изучение терапевтической активности нейролепти­ков при психических заболеваниях показало, что неко­торые из них избирательно действуют на отдельные психопатологические синдромы. Дозу нейролептиков обычно подбирают индивидуально. Препараты назначают по определенной схеме, примером которой является схема лечения аминазином.

Аминазин оказывает общее успокаивающее и антипси­хотическое действие. В ряде случаев применение его дает хорошие терапевтические результаты. Аминазин назначают внутрь или вводят внутримышечно в виде 2,5% раствора. Средняя суточная доза составляет 300 мг. Лечение длится примерно 2—3 мес. За больными, полу­чающими аминазин, необходимо тщательно следить, так как у некоторых из них могут возникнуть осложне­ния в виде резкого падения артериального давления в момент перехода из горизонтального положения в вер­тикальное — ортостатический коллапс. При наступлении коллапса больного следует уложить в постель, ввести кордиамин или адреналин. Особенно часты явления кол­лапса в начале курса лечения, поэтому больные в первые сутки должны находиться на строгом постельном режиме, им ежедневно нужно измерять артериальное давление. При лечении аминазином могут образоваться инфильтраты на месте уколов; иногда наблюдаются дерматит, желтуха. Медицинская сестра должна ежедневно производить тщательный осмотр больного, чтобы вовремя обнаружить эти осложнения.

В некоторых случаях во избежание обострений боль­ных после курса лечения аминазином переводят на лече­ние так называемыми поддерживающими дозами. При этом больной получает аминазин в таблетках в дозе от 25 до 150—200 мг/сут.

Хороший лечебный эффект при бредовых состояниях дают трифтазин (стелазин) и галоперидол. Трифтазин назначают в таблетках по 1—5 мг. Дозы постепенно увеличивают до 20—80 мг (иногда до 100 мг) в сутки. Суточную дозу делят на 3—4 приема. В таких дозах препарат принимают до наступления терапевтического эффекта и исчезновения или значительного ослабления болезненных переживаний, затем дозы снижают до 5—10 мг/сут и лечение продолжают длительное время (поддерживающая терапия). Галоперидол применяют примерно по такой же схеме.

Оба препарата иногда используют для быстрого купирования психомоторного возбуждения, при этом их вводят внутримышечно или (реже) внутривенно.

При состояниях бредовой тревожности эффективен тизерцин (левомепромазин) в начальной дозе от 12 до 50 мг/сут, оптимальные лечебные дозы — от 100 до 400 мг/сут.

Депрессивные синдромы хорошо поддаются лечению амитриптилином и мелипрамином. Кроме отдельных препаратов, широко применяют их комбинации в инди­видуально подобранных дозах в зависимости от ведущих и сопутствующих психопатологических синдромов.

Новые возможности для фармакотерапии психозов открываются в связи с применением нейролептиков пролонгированного (продленного) действия. Инъекции препарата модитен-депо (1 — 2 мл 2,5% раствора), кото­рые производят 2—3 раза в месяц, обеспечивают отно­сительно постоянный уровень действующего вещества в организме. Применение модитен-депо позволяет зна­чительно шире проводить лечение психически больных в амбулаторных условиях, способствует более глубокой и стойкой социально-трудовой реадаптации.

Наряду с указанными осложнениями (коллапс, дерма­тит) при лечении нейролептическими препаратами могут развиться явления паркинсонизма, гиперкинезы. У неко­торых больных появляется акатизия — неприятное ощу­щение в мышцах, вследствие чего они вынуждены посто­янно менять положение. Иногда больные, принимающие нейролептики, жалуются на бессонницу, хотя объективно спят хорошо. Это явление называется расстройством чувства сна. У ряда больных появляются подавленное настроение, вялость — «нейролептическая депрессия». Для профилактики указанных состояний назначают корректоры (ромпаркин, норакин).

Инсулинотерапия вызывает определенный сдвиг в обмене веществ, уменьшает явления интоксикации. Прежде чем начать лечение инсулином, проверяют со­держание сахара в крови натощак, которое в норме сос­тавляет 9—11 г/л, и при специальной сахарной на­грузке. После введения инсулина количество сахара в крови может понизиться до 1—2 г/л. При значительном снижении уровня сахара наступает так называемый шок (гипогликемическая кома). Средняя доза инсулина, вызывающая шок, составляет примерно 80—100 ЕД. В не­которых случаях шоковое состояние развивается при введении 30 ЕД инсулина, а иногда 200 ЕД инсулина не вызывает шока. Для установления дозы инсулина, вызы­вающей шок, дозу повышают постепенно. Редко при ле­чении шизофрении, главным образом в случаях особой устойчивости к инсулинотерапии и нейролептикам, проводят электросудорожную терапию.

Уход. Больные шизофренией нуждаются в тщатель­ном уходе и надзоре (см. «Особенности ухода за психически больными»).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите наиболее общие симптомы шизофрении.

2. Назовите варианты течения шизофрении, их отличитель­ные признаки.

3. Перечислите характерные расстройства мышления при шизофрении.

4. Как проявляется симптоматика кататонического синдрома при шизофрении?

5. Какова методика лечения шизофрении с учетом преобла­дающих расстройств?

6. Каковы особенности ухода за больными шизофренией?

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз встречается пре­имущественно в молодом возрасте, чаще у женщин.

Ряд ученых отметили при появлении приступов мани­акально-депрессивного психоза нарушение обмена ве­ществ. Некоторые данные указывают на значение на­следственности в развитии этого заболевания.

Клиническая картина. Этот психоз имеет ряд особенностей. Одна из них — повторяемость маниакаль­ных и депрессивных приступов. Эти приступы могут протекать и повторяться в различных вариантах: маниа­кальные приступы могут сменяться депрессивными без светлого промежутка или между маниакальным и депрес­сивным приступами бывает светлый промежуток, продол­жающийся от нескольких дней до нескольких лет. Про­должительность маниакальных и депрессивных приступов самая разная. Приступ может продолжаться от 2 до 10 мес. Заболевание чаще начинается с депрессивного прис­тупа. Иногда в клинической картине преобладают только маниакальные или только депрессивные приступы. Вторая особенность заключается в том, что светлый промежуток между фазами характеризуется восстановлением психи­ческого здоровья. Больные обычно возвращаются на прежнюю работу и ведут себя так же, как и до заболева­ния. Третья особенность состоит в том, что как бы тяжело ни протекали приступы, как бы часто они ни повторялись, деградации личности никогда не развивается.

Маниакальная фаза. У больных отмечается веселое настроение, повышенное стремление к деятельности. Они за все берутся, вмешиваются во все дела, составляют смелые проекты, стремятся их осуществить, добиваются приема у «ответственных лиц». В отделении больницы мимо больного незамеченным пройти невозможно: больной обязательно обратится с каким-либо вопросом или предложением. Нередко больные переоценивают свои воз­можности и способности: например, не имея никакого отношения к медицине, предлагают свои методы лечения. Иногда эта переоценка принимает характер бредовых высказываний. Так, больная, по образованию юрист, успешно справлявшаяся с работой, во время маниакально­го приступа уверяла всех окружающих, что у нее прекрас­ный голос и ее несколько лет подряд дирекция Большого театра «на коленях умоляет» дать согласие выступать в роли Кармен.

Для больных в маниакальной фазе характерна повы­шенная сексуальность. Находясь вне больницы, они часто вступают в случайные связи. Одна больная пожилого возраста ежедневно красила щеки и губы красным каранда­шом, в волосы вплетала красные ленточки, пыталась опус­тить голову в ведро с мастикой, чтобы окрасить волосы. Больные в маниакальном состоянии много говорят, но их не всегда можно понять. Вследствие ускоренного течения представлений речь иногда становится настолько быстрой, что внешне может производить впечатление разорваннос­ти: больные пропускают отдельные слова и фразы. Сами они говорят, что у них язык не успевает высказывать все мысли. В связи с тем что больные много говорят, голос у них становится хриплым. Назойливость таких больных раздражает окружающих.

Часто наблюдается повышенная отвлекаемость внима­ния. Ни одного дела больные не доводят до конца; спят очень мало, иногда 2—3 ч в сутки, и совершенно не чувствуют усталости (рис. 64). Настроение у них обычно веселое, но иногда они бывают гневливые, легко вступают в конфликт.

Больной Б., 72 лет. Родился третьим ребенком в семье; в детстве рос и развивался правильно, в школе начал учиться с

7 лет; отличался хорошими способностями, успешно окончил реальное училище и институт. Занимал административно-хозяйственные должности. Заболевание началось в молодом возрасте,

Без видимой причины стали возникать приступы подавлен­ного настроения, которые продолжались по нескольку недель.

В дальнейшем приступы тоски сменялись совершенно иным состоянием: больной становился без причины чрезмерно весел, подвижен, очень словоохотлив, суетлив и навязчив. В этот период, по его словам, испытывал чрезвычайно приятное состоя­ние: «Все казалось ярким, красочным и красивым, все лица, все люди казались милыми и симпатичными, во всем теле было ощущение легкости и бодрости, хотелось двигаться, работать, абсолютно отсутствовало чувство усталости». Промежутки между приступами иногда длились несколько лет. В эти периоды больной продолжал работать. В психиатрическую больницу поступал много раз. В отделении быстро знакомился со всеми больными, сразу вмешивался во все дела персонала, давал советы и указания по уходу за больными, а врачам предлагал свои услуги в лечении больных по собственной системе. Был суетлив и навязчив, его "голос ни на минуту не умолкал; больной постоянно с кем-нибудь беседовал, спорил, давал советы. Очень охотно вступал в беседу с врачами отделения. На лице постоянно благодушная улыбка. Иногда бывал, вспыльчив и раздражителен, но быстро успокаивался и опять начинал весело смеяться, был склонен к переоценке своих возможностей и способностей.

Депрессивная фаза. Больные в депрессивном состоянии все воспринимают в мрачных тонах, постоянно испытыва­ют чувство тоски. Говорят они обычно медленно, тихим голосом, большую часть времени сидят, опустив голову. Движения резко замедленны. Заторможенность может достигать такой степени, что приходится говорить о депрессивном ступоре. У больных меняется отношение к близким и родным. Так, одна больная с горечью говори­ла: «Вижу что это мои дети, а чувств к ним нет». Это называется болезненной бесчувственностью (anaesthesia psychica dolorosa), что характерно для больных шизофре­нией с эмоциональной тупостью. Возможны бредовые высказывания, чаще бред самообвинения. Больные ут­верждают, что все их поступки были лишь обманом, который всем приносил непоправимый вред. Иногда больные приходят к заключению, что им не стоит жить, покушаются на самоубийство, отказываются от пищи. Таких больных следует немедленно помещать в стационар. Родственники неправильно оценивают состояние больного и иногда просят не брать его в больницу. Необходимо объяснить опасность ситуации, так как в домашних усло­виях больной может осуществить попытку самоубийства. Суицидальные попытки возможны и в больничных услови­ях, поэтому такие больные нуждаются в тщательном надзоре.

На высоте депрессии попытки самоубийства наблюда­ются нечасто, так как больным вследствие выраженной заторможенности трудно осуществить свои намерения. Опасность самоубийства возрастает при выходе из депрес­сивного состояния, так как в это время заторможенность уменьшается, а тоскливый фон настроения еще остается.

Иногда, на высоте депрессии, у больных наблюдаются состояния возбуждения, во время которых они в отчаянии рвут на себе одежду, волосы, наносят себе повреждения. Такое особо опасное состояние называется взрывом тоски (raptus melancholicus). О возможности его возникновения необходимо постоянно помнить.

Больная М., 38 лет, не работает. Психически больных в роду не было. Развивалась нормально, с юных лет страдает колеба­ниями настроения. Больной себя считает около 3 лет, когда без видимой причины появилось плохое настроение, мысли о безна­дежности своего состояния, отказывалась идти к врачу, не вы­ходила из дома. Несколько раз пыталась кончить жизнь самоубийством. За последние 2 года значительно похудела.

Соматическое состояние: пульс 96 в минуту, болезненность при пальпации живота; запоры.

Психическое состояние: правильно ориентирована в месте, времени и окружающей обстановке. Говорит тихо; голова опущена, выражение лица скорбное. Внимание больной приковано к мысли о том, что она никогда не поправится, что состояние ее безнадежно, что она всем надоела и всем в тягость. Единст­венный выход из создавшегося положения видит в своей смерти. Считает себя виновной перед сестрой, у которой отнимает время, заставляет ее волноваться и заботиться. Тосклива, движения замедленные, на вопросы отвечает односложно.

Если маниакально-депрессивный психоз протекает в легкой форме, с нерезко выраженными маниакальными и депрессивными фазами, говорят о циклотимии. При таком проявлении заболевания больные иногда лечатся амбулаторно в психоневрологическом диспансере.

Маниакально-депрессивный психоз в некоторых случа­ях обозначают как циркулярный психоз, когда у больных последовательно наблюдаются обе фазы. При наиболее тяжелых формах циркулярного психоза одна фаза следует за другой без светлых промежутков. Помимо депрессив­ных или маниакальных состояний, существуют еще так называемые смешанные состояния, когда одновременно отмечаются симптомы, характерные и для депрессивной, и для маниакальной фазы. Например, больной тосклив, высказывает идеи самообвинения и вместе с тем не затор­можен, а возбужден. Такие больные часто пытаются совершить самоубийство. Это так называемая ажитированная меланхолия.

В последние десятилетия клиническая картина маниа­кально-депрессивного психоза претерпела определенные изменения, в частности преобладающими стали депрессив­ные состояния, а маниакальные — относительно редкими.

Наряду с типичными депрессивными состояниями часто встречаются так называемые маскированные депрес­сии. Для них характерны не столько тоскливое, сколько угнетенное, унылое настроение, появление множества соматических жалоб (неопределенные боли в области сердца, желудочно-кишечного тракта), бессонница, сон без ощущения отдыха. Такие больные обычно безуспешно лечатся у терапевтов, реже обращаются к невропатологам. Состояние маскированной депрессии обычно сохраняется длительно. Ряд психиатров этот тип депрессивного состоя­ния включают в рамки маниакально-депрессивного психо­за как его мягко протекающий атипичный вариант.

Лечение. При депрессии с выраженной двигательной заторможенностью назначают мелипрамин. На ночь ре­комендуются тизерцин (12—25 мг), терален (до 25 мг). При ажитированной депрессии лучший эффект дают амитриптилин и другие препараты из этой группы, а также нуредал, трансамин.

Недопустимо назначать антидепрессанты различных групп. При маниакальных приступах применяют аминазин и другие препараты хлорпромазинового ряда.

В последние годы для лечения аффективных рас­стройств весьма успешно используют препараты солей лития, которые оказывают специфическое седативное действие, снимают эмоциональную напряженность, тре­вожное возбуждение. Карбонат лития назначают как для купирования острых психотических состояний (внутрь по 0,25—0,75 г 3—4 раза в сутки после еды), так и для длительного систематического лечения с целью профилак­тики аффективных приступов (по 0,3—1,5 г/сут в течение нескольких месяцев). Лечение проводят при постоянном контроле за уровнем содержания лития в сыворотке крови.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Каковы отличительные особенности маниакально-депрессив-

ного психоза как заболевания в целом?

2. Как проводится лечение больных с маниакально-депрессив-

ным психозом?