

Л.К. Шайдукова, С.И. Мельчихин, Ф.Ш. Шагиахметов

ФЕНОМЕН ДЕПРЕССИВНОЙ АНОЗОГНОЗИИ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Казанский государственный медицинский университет,
Казанская государственная медицинская академия

Реферат. При исследовании аффективной сферы 160 женщин, злоупотребляющих алкоголем, у 102 (63,75%) из них были обнаружены депрессивные расстройства. Независимо от их клинической специфики им была свойственна общая характеристика, которая обусловила возникновение явления депрессивной анозогнозии. Последнее обстоятельство ведет к гиподиагностике депрессивных расстройств и влияет на качество лечения.

Л.К.Шайдукова, С.И.Мельчихин, Ф.Ш.Шагиахметов

ЭЧУЧЕЛЕК БЕЛӘН АВЫРУЧЫ ЯЛГЫЗ ХАТЫН- КЫЗЛАРДА “ДЕПРЕССИВ АНОЗОГНОЗИЯ” ФЕНОМЕНЫ

Эчучелек белән шәгыйльләнүче 160 хатын-кызның аффектив өлкәсен тикшергәндә, аларның 102 сендә (63,75 % ында) депрессив тайпылышлар күзәтелгән. Клиник үзгәчлекләргә бәйсез рәвештә аларга гомуми характеристика хас. Ул депрессив анозогнозия күренешенең барлыкка килүенә ярдәм иткән. Мондый хәл депрессив тайпылышлар гиподиагностикасына китерә һәм дөвалала сыйфатына кире тәсир итә.

L.K. Shaidukova, S.I. Melchikhin, F.Sh. Shagiakhmetov

«DEPRESSIVE ANOSOGNOSIA» PHENOMENON IN LONELY WOMEN WITH ALCOHOL ADDICTION

When investigating affective sphere of 160 women with alcohol addiction, depressive disorders have been found in 102 of them (63,75%). Irrespective of their clinical characteristics they had a common feature which caused appearance of depressive anosognosia phenomenon. The latter obstacle leads to hypodiagnosics of depressive disorders and influences a quality of the therapy.

Депрессивные расстройства занимают ведущее место среди психических и поведенческих нарушений, являясь преобладающими в структуре аффективной патологии. Встречаясь в практике врачей многих специальностей, они тем не менее часто остаются нераспознанными. Вероятно, это послужило причиной обозначения их “диагностическими невидимками” [1]. Особые затруднения возникают,

когда устойчивые депрессивные расстройства экранируются алкоголизацией — в этих случаях акцент смещается на злоупотребление алкоголем как наиболее видимую и обозначенную проблему. Общемировая статистика указывает на большую частоту депрессии, во-первых, у лиц женского пола, во-вторых, у злоупотребляющих алкоголем, в-третьих, у лиц, находящихся в ситуации одиночества. Все три фактора присутствуют при оценке аффективной сферы одиноких женщин, больных алкоголизмом, однако выявляемость депрессивных нарушений у этого контингента больных крайне низка. Вместе с тем, согласно литературным данным, аффективные нарушения в структуре алкоголизма являются негативным фактором, влияющим на течение и прогноз заболевания, а ситуация привычного или фрустрационного одиночества усиливает депрессивные тенденции.

При исследовании аффективной сферы 160 женщин, злоупотребляющих алкоголем, и у находящихся в ситуации одиночества, у 102 (63,75%) из них были обнаружены неоднородные депрессивные расстройства. В зависимости от этих расстройств были выделены 4 группы больных: с истеро-депрессивным (1-я группа) вариантом — у 25 (15,6%), тревожно-депрессивным (2-я) — у 23 (14,4%), астено-депрессивным (3-я) — у 33 (20,6%), апато-депрессивным (4-я) — у 21 (13,1%).

Депрессивным расстройствам независимо от их клинических особенностей была свойственна общая характеристика, которая обусловила возникновение феномена депрессивной анозогнозии со следующими типичными проявлениями.

1. Низкая осознаваемость депрессивных расстройств как эмоциональной патологии. Из 102 обследованных только 34 (33,3%) женщины активно жаловались на наличие депрессии. В 1-й

группе осознаваемость эмоциональных нарушений была наиболее высокой — у 18 (72%). Обследованные жаловались на снижение настроения, систематически возникающие мысли о нежелании жить, трудности поддержания “эмоциональной формы”.

Во 2-й группе жалобы были у 4 (17,4%) женщин, однако при проведении клинико-психопатологического исследования и тестовом предъявлении пациенткам признаков депрессии 15 (65,2%) пациенток согласились с фактом наличия у них эмоциональной патологии. 4 (17,4%) женщины, продолжая отказываться в устной форме, тем не менее дали положительные ответы по шкале “тревоги, депрессии” (тест ММРІ).

Несколько выше показатели “активной осознаваемости” депрессии были в 3-й группе — у 11 (33,3%). Жалоб с их стороны было очень много, в том числе на депрессию, однако акцентирования их первичности, приоритета эмоциональных нарушений над соматическими, диссомническими, вегетативными нами не наблюдалось. Вместе с тем отмечались “ножницы” между скупостью устных, вербализованных жалоб на эмоциональные расстройства и обилием письменных, эпистолярных показателей. Так, все пациентки этой группы при тестовом предъявлении признаков депрессии дали не только однозначно положительные ответы (отметка “верно”—“неверно” в тесте ММРІ), но и указали на выраженность эмоциональных расстройств (высокие баллы в тесте Готтланда).

В 4-й группе осознаваемость депрессивных расстройств была наиболее низкой — у одной (3,7%). В отличие от предыдущих групп, пациентки с апато-депрессивными нарушениями проявляли определенную настойчивость в отрицании эмоциональных проблем, упорно не “узнавая” их в очевидных для внешнего наблюдателя признаках. Если в предыдущих трех группах изначально невысокие показатели депрессии (33,3%) объяснялись общей низкой информированностью населения об этой патологии и впоследствии корректировались когнитивно-дидактическими мероприятиями, то при апато-депрессивном варианте расстройств причины депрессивной анозогнозии были более глубокими и объяснялись общей установкой на отказ сотрудничать (словесная формула “оставьте меня в покое”). Инкапсуляция депрессивных

расстройств, недоступность внешней коррекции были характерны для апато-депрессивного варианта.

2. Низкая обращаемость пациенток за помощью являлась следствием низкой осознаваемости депрессивных расстройств. Так, из 34 (33,3 %) человек, активно жаловавшихся на депрессивные нарушения, только 18 (17,6%) когда-либо консультировались у врачей и лишь 7 (6,7%) из них принимали антидепрессанты и транквилизаторы. Из 18 женщин, обратившихся за помощью к специалистам, 10 человек сделали это по настоянию родственников в связи с экстремальными симптомами — суицидальными мыслями.

3. Нечеткость, размытость контуров депрессии, частое “соскальзывание” больных на смежные жалобы усиливали проявление депрессивной анозогнозии. Из 34 (33,3%) человек с активными жалобами у 29 больных выявлялись истеро-депрессивные расстройства. Именно у этой категории больных депрессивные расстройства были показательными и не вызывали затруднений в диагностике. При этих нарушениях депрессия “лежала на поверхности”, хотя и отличалась излишней драматизацией и аффектацией. Обследованные жаловались на “жуткую депрессию”, снижение самоуважения, потерю смысла жизни, нередко возникающие суицидальные мысли. Жалобы часто сопровождалась бурными эмоциональными проявлениями в виде плача, рыдания, демонстрации “безутешного горя”, которые быстро проходили при отвлечении внимания.

При астено-депрессивных нарушениях эмоциональные проявления также были отчетливыми и показательными в виде “плачущей депрессии”. В структуре обильных жалоб определенное место занимали жалобы на гипотимию, потерю вкуса к жизни, чувство перманентной несчастьности, снижение общего эмоционального тонуса (специфические термины “раскислась”, “раскисла”).

У 78 (66,6%) человек без активных жалоб на депрессивные нарушения выявлялись смежные жалобы, являющиеся, по сути, фасадом депрессивных. Вегетативные проявления, отмечаемые больными, выражались в нарушении терморегуляции (“бросает то в жар, то в холод”), в кардиальных симптомах (“сердце громко

колотится, вот-вот выскочит”), васкулярных нарушениях (“скачет давление”), гастральных расстройствах (“в животе урчит”, “часто хожу по нужде”). Больные жаловались на “стеснение в груди”, “невыносимую тяжесть в сердце”, “нехватку воздуха”, являющихся следствием эмоциональных расстройств. Частые, но преходящие головные боли, также преобладали в перечне жалоб. Цефалгии появлялись как по психогенно обусловленным причинам (ссоры, неприятные известия), так и в связи с внешне индифферентными обстоятельствами — в структуре предменструального синдрома, в результате метеолабильности и т.д.

Диссомнические нарушения выражались в изменениях длительности сна, его глубины, пресомнических (в периоде засыпания) и постсомнических (в периоде пробуждения) расстройствах. Жалобы на изменение продолжительности сна были двойными: у лиц с тревожно-депрессивными расстройствами длительность сна, как правило, сокращалась (до 6 часов). Женщины утверждали, что нередко просыпались в предрасветные часы с чувством тревоги, стеснения в груди, предчувствием беды. После пробуждения резко исчезала сонливость, неожиданно “накатывали” негативные эмоции — чувство необъяснимой обиды, ощущение жалости к себе.

У лиц с апато-депрессивными расстройствами сон, наоборот, удлинялся вследствие раннего засыпания и позднего пробуждения (до 9 часов). Общее пребывание в постели было еще длительнее и включало в себя дополнительное время между отходом ко сну и засыпанием и время между пробуждением и подъемом — всего около 12 – 13 часов. Мероприятия, связанные со сном, занимали половину дня, но и во второй половине суток для лиц с апато-депрессивными расстройствами было характерно “сонливое бодрствование” (в свободные от работы дни женщины не снимали ночную одежду, не заправляли постель, так как ели и смотрели телепередачи, не вставая с нее).

При остром фрустрационном одиночестве (до 6 месяцев) или в периоде адаптации к одиночеству как перманентному состоянию (до 3 лет) у женщин возникали нарушения сна в виде невротических сновидений. Наряду с кошмарами (снами устрашающего содержания), отмечались сны с

незавершенными действиями (опоздания на поезд, потеря багажа, погони, побег и т.д.).

4. Сочетание депрессивных нарушений с алкоголизацией часто создавало трудности в оценке первого и второго, так как формировались депрессивно-алкогольные миксты, усиливавшие явление депрессивной анозогнозии. Как известно, алкоголизм у женщин сопровождается аффективными расстройствами, о чем неоднократно упоминалось в научной литературе [2—4]. Аффективные нарушения входят в клинику как интоксикационных состояний (депрессивные, дисфорические, эксплозивные формы алкогольного опьянения), так и постинтоксикационных, абстинентных состояний. Алкоголизм — “болезнь отрицания” — характеризуется специфической алкогольной анозогнозией. Вероятно, это в какой-то степени и обуславливает явление депрессивной анозогнозии — отрицая одну проблему, больные не осознают и проявляют невнимание к другой. Депрессивные расстройства, каузально связанные с нозогенным (хроническая алкогольная интоксикация), ситуационным и преморбидным факторами, сложны по структуре и проявлениям, вариабельны в зависимости от преобладания того или иного параметра.

5. Перманентное фоновое присутствие депривационной тематики (темы одиночества) за алкогольно-депрессивным «фасадом» являлось ситуационным фактором, поддерживавшим депрессию на протяжении многих лет, тем не менее парадоксально усиливало депрессивную анозогнозию. При остром фрустрационном одиночестве женщины открыто жаловались на депрессивные расстройства, связывая их с психотравмирующей ситуацией, но по мере хронизации одиночества степень осознания депрессии уменьшалась. Большинство обследованных пациенток (66,6%) активно не указывали на свои аффективные нарушения (которые были выявлены методом косвенного психопатологического обследования и с помощью экспериментально-психологических методик), считая свое эмоциональное состояние почти нормативным. При предъявлении им выявленных многочисленных признаков депрессии женщины объясняли их следствием своего одиночества. Одиночество, считали они, это не болезнь и лечиться от него нет необходимости.

Таким образом, для депрессивных расстройств, выявленных у женщин, больных алкоголизмом, находящихся в ситуации одиночества, были присущи следующие параметры — низкая осознаемость их как эмоциональной патологии и соответственно низкая обращаемость за помощью; нечеткость, размытость контуров депрессии, частое “соскальзывание” больных на смежные жалобы; сочетание депрессивных нарушений с алкоголизацией, перенос акцента с депрессивных жалоб на алкогольные проблемы как наиболее контурированные и дезадаптирующие; перманентное фоновое присутствие депривационной тематики (темы одиночества) за алкогольно-депрессивным «фасадом» каждого из перечисленных выше вариантов расстройств. Это обстоятельство обуславливает появление феномена депрессивной анозогнозии, что ведет к

гиподиагностике депрессивных расстройств у подобного контингента больных и влияет на качество их лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнетов Н.А. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — №3. — С. 85—90.
2. Рогозина Л.А., Рождественская А.Р. Аффективные расстройства и женский алкоголизм / Материалы X межобластной научно-практической конференции по нервно-мышечным заболеваниям и аффективным расстройствам. — Кострома. — 1982. — С.163—166.
3. Сонник Г.С. // Актуальные вопросы наркологии. — Харьков, 1985.
4. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения женского алкоголизма: Дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 1996.

Поступила 28.04.03.