

Некоторые клинические данные о взаимоотношении фаз в картине маниакально-депрессивного психоза (симптом „счастливых сновидений“)

Е. А. Попов

Бросающееся в глаза различие между маниакальным и депрессивным состояниями всегда производило большое впечатление на психиатров, наблюдавших такие клинические картины. Как известно, именно это различие заставляло в течение длительного времени считать периодическую манию и периодическую меланхолию отдельными, самостоятельными заболеваниями. Если в настоящее время принадлежность их к составу одной нозологической единицы — маниакально-депрессивному психозу — не вызывает сомнений, то вопрос о природе и взаимоотношении маниакальной и депрессивной фаз продолжает быть предметом разногласий.

Некоторые авторы считают, что маниакальное и меланхолическое состояния коренным образом отличаются одно от другого по характеру обуславливающих их патогенетических механизмов. Так, В. П. Осипов утверждал, что депрессивное состояние вызывается адреналином, а маниакальное — питуикрином, что спинномозговая жидкость и сыворотка крови депрессивных больных производят угнетающее, а маниакальных — возбуждающее действие на нервную систему.

Другие авторы склоняются к мысли, что между маниакальным и депрессивным состояниями нет столь существенного различия и что лежащие в их основе патогенетические механизмы принципиально однородны. В. М. Бехтерев полагал, что картина маниакально-депрессивного психоза вызывается самоотравлением, различие же между маниакальным и депрессивным состояниями определяется количеством ядовитых веществ, циркулирующих в организме. Одни и те же яды, в соответствии с законом Арндт — Шульца, в меньшем количестве возбуждают, а в большем угнетают определенные части мозга, от чего и зависит видимая противоположность симптомов при маниакальной и меланхолической фазах. По мнению В. П. Протопопова, при маниакально-депрессивном психозе в таламо-гипоталамической области имеется очаг патологического возбуждения. Если он путем иррадиации усиливает в коре тонус раздражительного процесса, возникает маниакальное состояние, если же в силу еще более высокого возбуждения в подкорковой области в коре развивается тормозное состояние (по типу отрицательной индукции или парабיוза), то это обуславливает картину депрессии.

В пользу гипотезы о близости основных патогенетических механизмов маниакального и депрессивного состояний можно привести также следующие аргументы: 1) наличие «смешанных состояний», т. е. таких проявлений маниакально-депрессивного психоза, в картине которых симптомы маниакального и депрессивного характера самым различным

образом сочетаются между собою; 2) многие из так называемых соматических симптомов маниакально-депрессивного психоза, в частности протопоповская триада, оказываются сходными при обеих фазах и лишь количественно обычно более резко выражены при депрессии.

Наконец, можно сослаться еще на ряд фактов, которые мы хотели бы более полно рассмотреть в настоящей статье. Мы имеем в виду переходы из депрессивного состояния в маниакальное, наблюдаемые иногда на протяжении суток.

Вечерние улучшения при депрессивном состоянии — явление, хорошо и издавна известное, хотя и до сих пор необъясненное. В качестве примера укажем на больную, которая, находясь в домашней обстановке, утром и днем была совершенно неработоспособной, а вечером выполняла всю текущую работу по дому и уже с вечера приготавливала завтрак для детей, на следующий день отправлявшихся в школу, зная, что утром она не в состоянии будет даже сделать бутерброды. Но такого рода явления, наблюдающиеся весьма нередко, разумеется, еще не дают права говорить о переходе в противоположную фазу: изменение состояния в таких случаях ограничивается уменьшением депрессии (ослаблением тоскливости, двигательной заторможенности, некоторым ускорением в течении мыслей и т. п.).

Однако нам пришлось наблюдать суточные колебания более широкого диапазона. Больной, пожилой человек, по утрам находился в выраженной депрессии. Во второй половине дня его состояние улучшалось, а к вечеру приобретало гипоманиакальный характер. Больной становился весел, оживлен, говорлив. Он выходил на улицу, останавливал прохожих, заводил с ними знакомство, звал соседей, шел с собранной таким образом компанией в какое-нибудь удобное место и там устраивал пирушку. Вернувшись ночью домой, больной засыпал, и на утро возобновлялось депрессивное состояние. Больной был угнетен, малоподвижен, горько упрекал себя за легкомысленное поведение, не соответствующее его возрасту, за потраченные деньги, за причиненный им ущерб имуществу и достоинству семьи и т. п. Так продолжалось на протяжении многих дней. Ко времени поступления в больницу колебания описанного характера сгладились, и больной в течение целых суток находился в депрессивном состоянии.

Случаи такого рода представляют собою величайшую редкость. Гораздо чаще смену депрессии и эйфории на протяжении суток можно наблюдать в иной форме — в виде сочетания подавленности в часы бодрствования и приподнятого состояния в часы сна. Мы натолкнулись на это явление совершенно случайно. Одна больная, которую мы расспрашивали об изменении ее состояния на протяжении суток, сообщила, что она всегда ждет с нетерпением наступления конца дня не только потому, что тогда ей становится легче, но и потому, что по ночам она видит очень приятные сны, «наполненные радостью и блаженством». Исходя из этого отдельного наблюдения, мы стали систематически опрашивать больных о характере их сновидений и могли установить следующее. Как правило, эмоциональная окраска сновидений соответствует основному синдрому. Другими словами, больные, находящиеся в маниакальном состоянии, видят сны радостного, а в депрессивном — печального содержания. Но иногда (мы наблюдали только 5—6 таких случаев) у депрессивных больных, особенно таких, у которых к вечеру наступает улучшение, сновидения бывают эйфорического характера. Мы предложили бы обозначить это явление именем симптома «счастливых сновидений».

До сих пор мы могли отметить этот симптом лишь при депрессивных состояниях, являющихся выражением маниакально-депрессивного психоза. Поэтому, можно думать, что феномен «счастливых сновидений» не лишен и некоторого диагностического значения. Но, прежде всего, мы хотели бы подчеркнуть, что этот симптом, так же как и смена депрессивного состояния маниакальным на протяжении суток у упомянутого выше больного, свидетельствует о близости патогенетических механизмов обеих фаз маниакально-депрессивного психоза. Можно допустить даже, что их качественные различия зависят от количественной стороны в действии основной вредности. Для решения этого вопроса нужны дальнейшие исследования. Мы полагаем, что при более широком освещении затронутой проблемы окажутся заслуживающими некоторого внимания и те факты, о которых мы сообщили в настоящей статье.

1-й Московский ордена Ленина
медицинский институт им. И. М. Сеченова,
кафедра психиатрии им. С. С. Корсакова