

Депрессивные расстройства у одиноких женщин и их коррекция антидепрессантами

ШАЙДУКОВА Л.К.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии,
ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет;
e-mail: shaidukova@list.ru; www.shaidukova.narod.ru; тел.: 89050209141

Проблема сочетания факторов «депрессия — одиночество — алкоголизм» является актуальной как в психиатрическом, так и в наркологическом аспектах. Автор исследовал особенности депрессивных расстройств у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем, и выявил их атипизм, выделив 4 клинических типа. Применение антидепрессантов вызывало позитивные сдвиги в состоянии аффективной сферы и улучшало прогноз алкоголизма.

Ключевые слова: депрессия, алкоголизм, аффективная патология, одинокие женщины

Введение

Депрессивные расстройства являются наиболее распространенными среди аффективных расстройств, встречаясь в клинике практически всех психических нарушений, а также как самостоятельное заболевание (вследствие их частоты в психиатрии образовалась своеобразная подрубрика — «депрессология», изучающая различные проявления депрессии, как типичной, так и атипичной). Не стал исключением и алкоголизм, в структуру которого включены аффективные нарушения интоксикационного, аддиктивного, преморбидно-личностного и ситуационного генеза. Алкоголизм у женщин в ситуации одиночества делает еще более вероятным возникновение депрессивных расстройств, так как в этих случаях речь идет об актуализации всех этиопатогенетических факторов. А кроме того, именно при наличии алкоголизма у женщин наиболее явственно выступает модель одиночества.

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, остаются часто нераспознанными. Вероятно, это послужило причиной обозначения их «диагностическими невидимками» [5]. Особые затруднения возникают, когда устойчивые депрессивные расстройства экранируются алкоголизацией — в этих случаях акцент смещается на злоупотребление алкоголем как наиболее видимую и обозначенную проблему [1, 2, 4]. Общемировая статистика указывает на более высокую частоту депрессии, во-первых, у лиц женского пола; во-вторых, у больных, 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 кон-

тингента больных крайне низкая. Вместе с тем, согласно данным литературы, аффективные нарушения в структуре алкоголизма являются негативным фактором, влияющим на течение и прогноз заболевания, а ситуация привычного или фрустрационного одиночества усиливает депрессивные тенденции.

Довольно сложно оценить степень «первичности» возникновения проблемы: стал ли алкоголизм причиной одиночества и депрессии либо он возник вторично на фоне одиночества и депрессии, а может, депрессия была причиной женского алкоголизма и одиночества или одиночество повлекло за собой депрессию и алкоголизацию как способ ее преодоления. Независимо от «первичности» или «вторичности» появления проблем, важно дать их клиническую оценку, что и стало целью настоящей работы.

Пациенты и методы исследования

Исследовали аффективную сферу 160 женщин, злоупотребляющих алкоголем и находящихся в ситуации одиночества. Пациентки проходили тестирование с целью выявления у них депрессии по личному профилю ММРІ, а также по тесту Готланда.

Все обследованные пациентки получали антидепрессанты (трициклические, СИОЗС и циталопрамы). Наблюдение и исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов с применением полного варианта ММРІ (566 утверждений) и теста Готланда. Состояние оценивалось также с помощью шкал GCI (общего клинического впечатления).

Результаты исследования

У 102 женщин (63,75%) были обнаружены депрессивные расстройства, которые отличались неоднородностью. Анализ результатов исследования позволил выделить истеро-депрессивный (25 чел., 15,6%), тревожно-депрессивный (23 чел., 14,4%), астено-депрессив-

ный (33 чел., 20,6%), апато-депрессивный (21 чел., 13,13%) варианты депрессивных расстройств.

Независимо от клинической специфики депрессивных расстройств им была свойственна общая характеристика, которая обусловила возникновение явления «депрессивной анозогнозии», для которой были характерны следующие проявления.

1. *Низкая осознаваемость депрессивных расстройств* как эмоциональной патологии. Из 102 обследованных женщин только 34 чел. (33,3%) активно жаловались на наличие депрессии.

В *первой группе (истеро-депрессивный вариант)* осознаваемость эмоциональных нарушений была наиболее высокой — 18 чел. (72%). Обследованные активно жаловались на снижение настроения, систематически возникающие мысли о нежелании жить, трудности поддержания «эмоциональной формы».

Во *второй группе (тревожно-депрессивный вариант)* активное предъявление жалоб отмечалось у четырех больных (17,4%), однако при проведении клинико-психопатологического исследования и предъявлении пациенткам признаков депрессии 15 чел. (65,2%) соглашались с фактом наличия у них эмоциональной патологии; 4 чел. (17,4%), продолжая не признавать наличие депрессии в устной форме, тем не менее, дали положительные ответы по шкале «Тревога депрессии» (тест ММРІ).

Несколько выше показатели «активной осознаваемости» депрессии были в *третьей группе (астено-депрессивный вариант)* — 11 чел. (33,3%). В потоке обильных жалоб, предъявляемых больными, были и жалобы на депрессию, однако акцентирования их первичности, подчеркивания приоритета эмоциональных нарушений над соматическими, диссомническими, вегетативными нами не наблюдалось. Вместе с тем, отмечались «ножницы» между скупостью устных, вербализированных 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 (ответка «верно» — «неверно» в тесте ММРІ), но указали на выраженность эмоциональных расстройств (высокие баллы в тесте Готланда).

В *четвертой группе (апато-депрессивный вариант)* осознаваемость депрессивных расстройств была наиболее низкой — 1 чел. (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%), в том числе, объяснялись общей низкой информированностью населения об этой патологии и впоследствии корректировались когнитив-

но-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 была следствием низкой осознаваемости депрессивных расстройств. Так, из 34 чел. (33,3%), активно предъявляющих жалобы на депрессивные нарушения, только 18 чел. (17,6%) когда-либо консультировались у врачей и лишь 7 чел. (6,7%) из них принимали антидепрессанты и транквилизаторы. Из 18 женщин, обратившихся за помощью к специалистам, 10 чел. 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 чел. (33,3%), активно предъявляющих жалобы, 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 несчастья, снижение общего эмоционального тонуса (специфические термины «расквасилась», «раскисла»).

У 78 женщин (66,6%), активно не предъявляющих жалобы на депрессивные нарушения, выявлялись смежные жалобы, по сути, являющиеся 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»), сосудистых нарушениях («скачет давление»), гастральных расстройствах («в животе урчит», «часто хожу по нужде»). Больные предъявляли неспецифические жалобы на «стеснение в груди», «невыносимую тяжесть в сердце», «нехватку воздуха», являющиеся следствием эмоциональных рас-

стройств. Частые, но преходящие головные боли также преобладали в перечне жалоб. Цефалгии появлялись как по психогенно обусловленным причинам (ссоры, неприятные известия), так и по внешне индифферентным обстоятельствам — в структуре предменструального синдрома, в результате метеолабильности и т.д.

Диссомнические нарушения выражались в изменении длительности сна, его глубины, пресомнических (в период засыпания) и постсомнических (в период пробуждения) расстройств. Жалобы на изменение продолжительности сна были двоякими: у лиц с тревожно-депрессивными расстройствами сон, как правило, укорачивался (до 6 ч). Женщины утверждали, что нередко просыпались в предрассветные 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 ч). 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 ч. 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 питались и смотрели телепередачи, не вставая с нее).

При остром фрустрационном одиночестве (до 6 мес.) или в период 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, что соответственно усиливало явление «депрессивной анозогнозии».

Как известно, алкоголизм у женщин сопровождается аффективными расстройствами, о чем неоднократно упоминалось в научной литературе [1, 2]. 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 превалирования того или иного параметра.

5. *Перманентное фоновое присутствие депривационной тематики* (темы одиночества) за алкогольно-депрессивным фасадом, будучи ситуационным фактором, поддерживающим 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 указывало 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 невозможно.

Астено-депрессивный вариант

Этот вариант аффективных расстройств у женщин, злоупотребляющих алкоголем, в ситуации одиночества проявлялся наиболее часто (в 33 случаях). Частота астенических нарушений в структуре депрессии объясняется их полиэтиологичностью, с одной стороны, и малой специфичностью, с другой.

Депрессивные нарушения имели ундулирующий характер и во многом зависели от сопутствующей гипостении — наблюдались плаксивость, недержание аффекта, чувства жалости к себе, фиксация на негативных фрагментах, усиливались идеи вины, собственной малоценности, колебалась самооценка, появлялись идеаторные образования в виде идей ухода из жизни, обоснования ничемности своего существования («чем так жить, лучше вообще не жить»). Сопутствующими проявлениями были ипохондрические в виде многочисленных, малофиксированных, преходящих жалоб на состояние здоровья без истинной вовлеченности и глубокой проработки ипохондрии. Ипохондрические включения лишь в некоторых случаях имели под собой соматическую основу — в постинтоксикационном периоде, после интенсивной и экстенсивно-запойной алкоголизации. Преобладающая часть ипохондрических жалоб служила выражением общего угнетенного эмоционального фона, недовольства своим актуальным положением и проявлялась в виде «жалоб ради жалоб». Вместе с тем, обилие соматоформных проявлений, «мигрирующие» жалобы на функционирование ряда

органов и систем (сна, пищеварения) придавали новый клинический оттенок депрессии.

Несмотря на легкость обнаружения «плачущей депрессии», она не была глубокой, не сопровождалась суицидальными попытками, активизацией программы «ухода из жизни», отдельные суицидальные высказывания имели не столько декларированный характер, сколько предположительный, альтернативный, связанный с ухудшением «качества эмоциональной жизни» больных.

Тревожно-депрессивный вариант

Этот вариант депрессивных расстройств характеризовался сочетанием тревоги и депрессии и наблюдался в 23 случаях. Выраженность тревоги была различной — от диффузной, мало дифференцированной, до острой, приступообразной. Диффузная тревога отмечалась у всех наблюдаемых больных этой группы, но осознавалась 17 пациентками, которые жаловались на перманентно тревожно-подавленное состояние. Это выражалось в словесных формулах: «душа не на месте», «как-то не по себе», «что-то тревожно на душе», «что-то свербит», «на душе кошки скребут» и т.д.

Остальные 6 пациенток, вероятно, не осознавали наличие тревоги, не называли это в качестве основной жалобы, но длительное наблюдение за ними в процессе многократного поэтапного обследования указывало на наличие тревожного радикала. Это проявлялось в телесных, пантомимических, жестиколяционных эквивалентах в виде напряжения мышц верхнего пояса, тревожно-напряженной мимики, скованной позы, общей настроенности, сочетавшихся с двигательными проявлениями тревожности — постукиванием, подрагиванием ног, элементами покачивания — яктации, резкими поворотами головы. Наблюдались оральные проявления тревоги, которые можно было бы охарактеризовать как «симптом тревожных губ» — это грызение лунок вокруг ногтей, надкусывание слизистой рта, облизывание губ, покусывание кончика ручки (при заполнении тестов), частое закуривание сигарет.

Из 23 больных 16 чел. отмечали наличие у них более очерченных, сильных, приступообразных состояний тревоги на фоне обычной диффузной тревожности. Тревожный аффект выражался в состоянии легкой ажитации — в так называемом симптоме тревожных ног, когда больные не могли усидеть, бесцельно бродили по квартире, бессмысленно автоматически переставляли вещи, иногда не находили себе место, «метались из угла в угол». Если при диффузной тревоге депрессивные нарушения были сочетанными, равновыраженными, то при пароксизмальных тревожных состояниях депрессия уходила на задний план, уступая место вегетативным проявлениям — учащенному сердцебиению, сухости во рту, колебаниям артериального давления; идеаторным образованиям — тревожным мыслям типа «что-то должно произойти».

Клинически оценивая состояние пациенток, можно предположить о наличии у них панических атак, однако у наших больных отсутствовали ведущие компоненты — страх и паника. Наблюдаемая диффузная тревога у женщин также могла бы квалифицироваться согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра как «генерализованное тревожное расстройство» (старый англо-американский термин *free floating anxiety* — *свободно плавающая тревога*), однако все описанные тревожные расстройства сочетались с депрессивными в разной степени выраженности.

Практически у всех наблюдаемых больных этой группы пониженное настроение соединялось с тревожным осознанием своей социальной «ущербности», идеями своей личностной неполноценности, настороженным отношением к проявлению осуждения, неуважения со стороны окружающих, обостренным восприятием насмешек. Особую тревогу вызывали эпизоды и фрагменты алкогольного времяпровождения, когда пациентки, утратив количественный и ситуационный контроль над выпитым, доходили до тяжелых степеней опьянения, наутро амнезировав произошедшее. Пациентки тревожно осведомлялись у окружающих, насколько предосудительным было их поведение, что они «натворили» в алкогольном опьянении. Обратное поступающая негативная информация усиливала состояние фрустрации у больных. Характерно, что алкоголизация снижала остроту тревожно-депрессивных проявлений у женщин, но ее последствия, наоборот, усиливали тревогу, углубляли депрессию.

Истерио-депрессивный вариант

Клиника истерио-депрессивных аффективных нарушений, отчетливо проступающих у 25 женщин в периоды одиночества, в отличие от других аффективных расстройств, имела более выраженную ситуационную обусловленность, более явную и выпуклую клиническую картину и чаще вела пациенток к дезадаптации. Взаимосвязь с негативно окрашенной ситуацией была очевидной, хотя больные часто категорически отказывались признавать психотравмичность воздействия событий — в этом проявлялись защитные невротические механизмы отрицания и вытеснения. На первом плане среди психотравм стояли супружеские измены и разводы.

После психотравмирующего распада семьи в ситуации острого фрустрационного одиночества у пациенток отмечались истерио-депрессивные аффективные нарушения. Истериический радикал проявлялся в разнообразных манипуляциях, демонстративно-опозиционном либо, наоборот, демонстративно-жертвенном поведении. Женщины нередко выставляли себя как несправедливо обиженную «жертву», искали сочувствия у друзей, подруг, выстраивали целые сценарии «возвращения мужа». В других случаях наблюдалась обратная картина с бравадой, напускной веселостью в присутствии внешних наблюда-

телей, декларированием независимости и «желанного» освобождения. Отмечался демонстративный промискуитет. На этом этапе истеро-депрессивные расстройства камуфлировались поведенческими (на наш взгляд, это был поведенческий эквивалент депрессии).

Вместе с тем, в ситуации затянувшегося одиночества наряду с истерическими проявлениями все более отчетливо начинали выступать депрессивные расстройства, которые, тем не менее, отличались от подобных аффективных нарушений (у других пациенток) истероформной окраской. Во-первых, депрессивные проявления максимально проявлялись при наличии «зрителей» (подруг, родителей, детей); во-вторых, они были выразительными, очень «убедительными», декларировались пациентками, несколько преувеличивались, а нередко и гротескно выставлялись как показатель глубины переживаний (популярная словесная формула пациенток этой группы: «у меня была жуткая депрессия»). Несмотря на определенную театральность и внешнюю инсценированность аффективных нарушений, у трех больных отмечались суицидальные попытки, не переходящие в завершённые суицидальные действия. Характерно, что суицидальные попытки на фоне истеродепрессии практически у всех пациенток совершались под воздействием алкоголизации, на высоте алкогольного опьянения, что отличало их от суицидов в других группах.

Апато-депрессивный вариант

Этот вариант аффективных расстройств наблюдался у 21 больной алкоголизмом в ситуации супружеского одиночества. Довольно сложно было оценить, являлись ли апатический и депрессивные синдромы коморбидными, сочетанными, самостоятельными либо депрессивный синдром по своей характеристике имел апатические черты. Вместе с тем, обнаруженные общие закономерности возникновения аффективных расстройств у обследованного контингента больных позволяют отдать приоритет депрессивным расстройствам, ведущей характеристикой которых было наличие апатического радикала.

Пациентки говорили, что им не хочется готовить, убирать квартиру, заниматься хозяйством потому, что нет объекта, ради которого стоило бы это делать, нет побуждающего внешнего стимула, нет внешней причины активности деятельности. Женщины переставали следить за своей внешностью (объяснения: «не для чего и не для кого»), старались реже смотреть в зеркало «обратный феномен зеркала» [6], они небрежно относились к личному хозяйству, запускали жилище. Для апато-депрессивных расстройств была характерна специфическая анергия — потеря энергетического обеспечения деятельности, что приводило к общему упадку.

В отличие от анергии, характерной для астено-депрессивных нарушений, у больных этой группы вялость имела не соматообусловленный характер, она не являлась след-

ствием остаточной церебрастении, не сопровождалась утомляемостью и истощаемостью процессов, а носила диффузный характер, вытекала из общей установки на отказ от деятельности из-за потери ее смысла. Больные жаловались, что потеряли интерес к происходящему, не испытывали потребности в какой-либо активной деятельности, выполняли свои обязанности механически, как бы вынужденно, без внутреннего энтузиазма, не пытались хоть как-то разнообразить свою жизнь.

Злоупотребление алкоголем у этих женщин также было монотонным, нередко одиночным, не сопровождалось чувством радости, подъема и облегчения. Депрессия характеризовалась выраженной ангедонией — утратой радости, ощущения удовольствия, либо психической анестезией — чувством «утраты чувств»; для апато-депрессивных расстройств больше, чем для других аффективных расстройств, было свойственно чувство потери смысла жизни, специфическая аномия.

Наибольший эффект от лечения наблюдался при *тревожно-депрессивном варианте*. Интегративный анализ психического статуса показал, что с клинических позиций у пациенток значительно снижался тревожный радикал — исчезли состояния, приближающиеся к «паническим атакам», крайне редко (при нарушении режима приема препарата) возникали генерализованные тревожные расстройства. На фоне снижения тревоги изменялся и идеаторный компонент депрессии — пациентки спокойнее стали относиться к своим «алкогольным грехам», исчезли идеи самобичевания, которые раньше парадоксально провоцировали алкоголизацию.

На профиле ММРІ до начала приема антидепрессантов отмечалось повышение по 2-й шкале «тревоги-депрессии» в зоне выраженной декомпенсации (>75Т) и в зоне умеренной декомпенсации (71—75Т). На фоне лечения отмечались повышенные показатели по шкале тревоги в зоне умеренной декомпенсации и в зоне легкой декомпенсации, что свидетельствует о позитивной динамике. Объемное улучшение аффективных показателей наблюдалось и в тесте Готланда, а также по шкале GCI.

Неожиданными оказались хорошие результаты при лечении антидепрессантами *апато-депрессивных расстройств*. Женщины с апатической депрессией были наименее доступны для психотерапии, словесная формула «оставьте меня в покое» являлась непреодолимым защитным барьером, а одиночное «аутистическое» пьянство выражало позицию экзистенциального бегства.

После курса терапии первым признаком редукции апатической депрессии было исчезновение «обратного феномена зеркала», описанного нами ранее [6]. Напомним, этот феномен возникает нередко у женщин в структуре маскированной, неманифестной депрессии и проявляется в избегании женщин смотреть на свое отражение в зеркале. Игнорирование своей внешности, не-

желание видеть свое лицо и фигуру является выражением потери интереса к собственной личности, к физической ее части и рассматривается в контексте депрессивного снижения самооценки.

В то же время, после проведенного лечения у пациентов заметно снизились ангедонический, адинамический и аноимический компоненты депрессии (аномия как потеря смысла существования в результате обрыва значимых связей с обществом и самим собой). Апатический и депрессивные компоненты были сочетанными, поэтому результатом лечения стало уменьшение и того и другого.

На профиле личности ММРІ до лечения высокие показатели локализовались в зоне умеренной декомпенсации (71—75Т) по 2-й шкале «Тревога-депрессия» и низкие показатели по 9-й шкале «Гипомания». Это явление (повышение по 2-й шкале и снижение по 9-й шкале) интерпретируется как усугубление депрессивных расстройств, наличие «матовой», персистирующей депрессии, имеющей нередко латентный характер. После проведенного лечения уменьшился интервал между высокой 2-й и низкой 9-й шкалами. Характерно, что по тесту Готланда изменения до и после терапии были незначительными, так как больные давали одинаковые ответы на прямые и конкретные вопросы, касающиеся их настроения, не раскрывались при данных формулировках вопросов.

При *астенической депрессии*, которую можно охарактеризовать как «плачущую депрессию» с большим числом соматоформных проявлений, что выражалось во внешней ипохондризации больных, антидепрессанты оказывали двойной эффект, так как были направлены на гипотимные, негативно окрашенные эмоции, а также на многообразные соматоформные проявления.

На профиле личности ММРІ у пациентов этой группы, кроме повышения по 2-й шкале «Тревога-депрессия» в зонах легкой (66—70Т) и умеренной (71—75Т) декомпенсации, отмечались высокие показатели и по 1-й шкале — «Ипохондрия» в зонах умеренной (71—75Т) и выраженной (>75Т) декомпенсации. Осознание депрессивных расстройств в этой группе было достаточным, поэтому по тесту Готланда у пациентов показатели на ММРІ практически у всех больных перешли в зону легкой декомпенсации по 2-й шкале, значительно снизились показатели ипохондрии, которые и клинически, и экспериментально-психологически стали умеренно выраженными. Вместе с тем, добиться полной редукции показателей в этой груп-

пе весьма сложно из-за полиэтиологичности и многофакторности астено-депрессивных расстройств.

При *истеро-депрессивных расстройствах* эффективность антидепрессантов была значительно ниже предыдущих групп. Выраженный истерический поведенческий радикал, связанный с актуальной психотравмой, повлекшей эксцессивную и интенсивную алкоголизацию женщин, требовал глубокого психотерапевтического вмешательства. На профиле ММРІ у пациенток, кроме повышения по 2-й шкале «Тревога-депрессия» в зоне умеренной и выраженной декомпенсации, отмечалось повышение по 3-й шкале «Истерия» в зоне легкой и умеренной декомпенсации (в обычной популяции повышения по шкале «Истерия» встречаются редко). По тесту Готланда отмечались максимально выраженные показатели депрессии, что связано с демонстративностью пациенток. После проведенной терапии заметных изменений в выраженности истеро-депрессивных расстройств выявлено не было, что подтверждалось повторным тестированием.

Таким образом, в структуре наркологических заболеваний, в частности алкоголизма, значительное место занимают аффективные нарушения. Выделенная нами выборка одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем, выявила высокое содержание депрессивных расстройств, неоднородных по клинике, что придавало им определенный атипизм. Проведенное курсовое лечение антидепрессантами показало значительное улучшение в состоянии аффективной сферы пациенток, однако эффективность курса лечения различалась в зависимости от варианта депрессивного синдрома.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 99—137.
2. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 1995. — С. 80—96.
3. Бобров А.С. Два принципа группировки депрессивных расстройств. Сообщение 1. Модальность гипотимии // Соц. и клинич. психиатрия. — 2002. — №3. — С. 29—33.
4. Бобров А.С., Михалевич И.М. Два принципа группировки депрессивных расстройств. Сообщение 2. Коморбидные расстройства // Соц. и клинич. психиатрия. — 2002. — №4. — С. 14—18.
5. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства — диагностические «невидимки» в психиатрической и общемедицинской практике // Соц. и клинич. психиатрия. — 1999. — №3. — С. 85—89.
6. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. — Казань: Издательский дом «Мир без границ», 2006. — С. 50—53.

Depressing disorders of single women and it's correction by antidepressants

SHAIIDUKOVA L.K. Dr. Med. Sci., professor of chair of psychiatry and narcology, Kazan State Medical University;
E-mail: shaidukova@list.ru; www.shaidukova.narod.ru; phone: 89050209141

Problem of combination «depression — loneliness — alcoholism» factors is actual as in psychiatrical as in narcological aspects. The author researched features of depressing disorders of single women who addicted to alcohol and revealed atypism and distinguished 4 clinical types. Treatment by antidepressants had showed positive changes in state of affective sphere and had improved prognosis of alcoholism.

Key words: depression, alcoholism, affective pathology, single women