**Явления деперсонализации при депрессивных состояниях**

Н.А. Ильина

Деперсонализация представляет собой психическое расстройство, при котором пациент жалуется, что он чувствует себя изменившимся. Его эмоции и другие психические функции, восприятие собственного тела и/или окружающего мира изменились настолько, что кажутся неполными, автоматическими, отдаленными, нереальными. При этом индивидуум перестает осознавать себя как личность и как бы наблюдает за собой со стороны. Сущность деперсонализации сводится к осознанию “неистинности” психических процессов. Возможность такого интроспективного анализа обеспечивается благодаря тому, что деперсонализационное расстройство не предполагает глубокого поражения психической деятельности.

Учение о деперсонализации на всех основных этапах развития психиатрии почти неизменно смыкалось с исследованием депрессий. Отдельные проявления деперсонализации описывались в рамках меланхолии еще до выделения этого расстройства в качестве самостоятельного психопатологического феномена. Так, W. Griesinger [1] к важнейшим характеристикам меланхолии относил мучительное чувство внутренней измененности, включающее изменение телесного самоощущения и переживание “отчуждения” от окружающего. Выделенная в 1880 г. A.Schаfer [2] анестетическая меланхолия с картиной “скорбного бесчувствия”, при которой доминирует мучительное сознание эмоциональной ущербности, утраты чувств и восприятия (anaesthesia psychica dolorosa), традиционно считается типичным деперсонализационным симптомокомплексом депрессии. Наряду с признанием такого рода проявлений вполне закономерными для развития депрессии и даже отнесением их к “ядру” синдрома в ряде исследований подчеркивается незначительная выраженность собственно аффективной симптоматики при возникновении психической анестезии. По мнению большинства исследователей, именно “уплощенность” депрессии и особенно отсутствие выраженного торможения являются “почвой”, облегчающей развитие деперсонализационных феноменов как личностного регистра аффективного расстройства. Считается, что возникновению деперсонализации способствует фаза перехода от нормального состояния к болезни или смены синдрома (маниакального, бредового или др. к депрессивным) в динамике болезни. Манифестация деперсонализационной депрессии может происходить как внезапно, так и постепенно, как аутохтонно так и после провокации (прием алкоголя или наркотиков, предшествующая нейролептическая терапия, беременность и роды).

Деперсонализация выступает в структуре депрессивного синдрома, формирующегося при различных заболеваниях (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, шизофрения, невротические расстройства, органически обусловленные поражения центральной нервной системы, неврозы и пр.).

Выделяют несколько типов депрессивных состояний, при которых встречается деперсонализация: “деперсонализационная депрессия” [3], “экзистенциальная депрессия” [4], “депрессия отчуждения” [5]. В определенном смысле этот симптомокомплекс содержит практически любая депрессия, отвечающая общепринятым критериям. Достаточно указать на такие приводимые в МКБ-10 [6] диагностические признаки депрессии, как “утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие”, “утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны”. При этом сам термин “деперсонализация” иногда заменяется синонимическим обозначением – “синдром потери” [7]. По мнению А.Б. Смулевича и соавт. [8], психическое отчуждение, включающее в себя анестетические расстройства, не менее значимо для клинической картины депрессии, чем собственно гипотимия. Преобладание признаков отчуждения наблюдают при депрессиях, определяющихся явлениями негативной аффективностью.

Ведущим аффектом при большинстве таких депрессий являются апатия и/или ангедония. Апатические депрессии манифестируют внезапно возникающим чувством отрешенности, безучастности к окружающему, собственному положению, отсутствием заинтересованности в своей деятельности, свойственной ранее вовлеченности в события своей жизни. Все поступки как бы лишаются внутреннего смысла, совершаются в силу необходимости, “по привычке”, “автоматически”. При преобладании ангедонии явления анергии сопровождаются недовольством неполнотой психических функций, невозможностью самовыражения, чувством горечи существования, лишенного “вкуса к жизни” способности получать удовольствие, испытывать привычные ранее положительные эмоции и поведением, всячески подчеркивающим тяжесть своего страдания. На первом плане – дефицит побуждений с чувством утраты жизненного тонуса и спонтанной активности. Доминирует сознание несовместимости с окружающим миром, ненужности, отверженности. Нередко наблюдаются страх утраты самоконтроля, контрастирующий с дисфорическими вспышками (раздражительность, претензии к окружающим, агрессивность).

Деперсонализационно-дереализационный симптомокомплекс в структуре таких депрессий включает признаки отчуждения в эмоциональной сфере, распространяющиеся от элементарных чувствований на область высших эмоций, но может также реализоваться в алло- и соматопсихической сфере. Степень вовлеченности функций самосознания, не обнаруживая четкой взаимосвязи с тяжестью аффективного расстройства, может быть различной – парциальной (например, изолированное чувство “морального уродства”) или тотальной. Anaesthesia psychica dolorosa, относимая к числу симптомокомплексов, свидетельствующих, по мнению некоторых авторов, о значительной выраженности витальных расстройств, встречается тем не менее наряду с симптоматикой невротического регистра при легких депрессиях, протекающих без других нарушений витальной сферы.

Многие авторы предпринимали попытки подразделить наблюдаемые при депрессиях деперсонализационные проявления. Была выделена собственно депрессивная деперсонализация, представляющая собой тягостное сознание неполноты эмоциональной жизни с чувством утраты прежнего, богатого оттенками душевного резонанса, обедненности, оскудения чувств, утраты индивидуальных отличительных свойств, своеобразия отношений, а также “автономная” [9], проявляющаяся особым нарушением содержания самосознания – расстройством “существования Я” с преобладанием сознания измененности, ирреальности всего внутреннего мира, “духовного уродства”, раздвоенности психических функций.

Несмотря на множество существующих классификаций, имеющих целью сгруппировать рассматриваемые нарушения, представляется необходимым остановиться на описании этих феноменов, выражающихся следующими симптомами.

1. В эмоциональной сфере: от “чувства неполноты чувств” с тягостным сознанием их притупленности до полной неспособности сопереживать, испытывать естественную привязанность к близким, отклик на внешние события, эстетическое наслаждение при восприятии произведений искусства. Пациенты констатируют, что утратили способность ощущать удовольствие и неудовольствие, “настоящие эмоции”, а то, что испытывают – неполно, неистинно, “как будто игра”.

2. В интеллектуальной (когнитивной) сфере: чувство “отупения”, утраты прежней находчивости, способности соображать, обеднения словарного запаса, косноязычия, потери тем для беседы вплоть до утраты навыков общения, что часто сопровождается чувством рассеянности, забывчивости; собственные идеи представляются тусклыми, неотчетливыми. Сюда же относятся жалобы на отсутствие воображения, неспособность воспроизвести в памяти лица родных, знакомый пейзаж и пр.

3. В сфере общего чувства: от практически полной утраты ощущения собственного тела и/или восприятие измененности массы тела (“тело стало необыкновенно легким”), до недоощущения отдельных его частей, чувства потери прежней гибкости или, напротив, упругости при сохранном сознании физической неповрежденности, подтверждаемой при зрительном контроле.

4. В сфере сенсорной перцепции: от чувства неясности, расплывчатости зрительного восприятия, приглушенности цветовых тонов, “запыленности” окружающего с ощущением будто все кругом серое, невзрачное, “мир померк” до почти визуального различения мешающей пелены, зрения как сквозь сетку, мутное стекло. От неясности, неразборчивости реплик окружающих, чувства, будто голоса их отдалены, слышатся приглушенно, “как из трубы”, до ощущения непонимания обращения собеседника, воспринимаемого “как набор непонятных слов”, которые больной затрудняется связать в осмысленную речь. Те же анестетические изменения распространяются и на кожную чувствительность (жалобы на исчезновение способности распознавать и регистрировать колебания температуры, а также тактильные ощущения (чувство неспособности определять фактуру предметов, различать прикосновение, боль).

5. В соматовегетативной сфере: отчуждение распространяется на глубинные витальные влечения (сон, аппетит, либидо) – от чувства однообразия пищи, безразличия к ее вкусовым качествам до полной утраты аппетита, чувства голода и/или насыщения, жажды; от “сексуальной ангедонии” до полного отчуждения соответствующей области инстинктивной жизни; от утраты чувства отдыха при пробуждении, собственно чувства сна (“будто не спал”) до утраты потребности в сне, отсутствия “сонного торможения”.

6. В личностной сфере: наиболее распространены жалобы на отчуждение собственного Я, тесно связанное с целостным изменением восприятия. Этот феномен также варьирует от простой констатации чувства собственной измененности до ощущения, что Я потеряно, отделено от остальной личности, от мыслей или эмоций, за которыми больной наблюдает как бы со стороны, что сопровождается сомнениями в реальности собственного существования, сновидности происходящего. Функция присвоения, олицетворения также может быть нарушена. Больной жалуется, что “не узнает” свое лицо, фигуру, понимая принадлежность их себе. Аналогичным образом воспринимаются и окружающие предметы – от чувства утраты их прежнего значения до трудно вербализуемой жалобы на ощущение “непричастности”, неспособности как прежде соотносить себя с ними. В связи с этим стоят жалобы на “нереальность” окружающего мира, его “незнакомость”, чуждость, больные говорят о “колпаке, скафандре”, отделяющем их от остальных, о “стене”, воздвигнутой между ними и окружающим миром. Окружающее часто воспринимается ими как “декорация”, выглядит плоским, неодушевленным.

Описанные варианты отнюдь не исчерпывают всего многообразия проявлений деперсонализации при депрессиях.

Жалобы больных (и особенно на чувство измененности собственной личности, ее “раздвоения” на фоне апатии), могут в части случаев расцениваться как проявление “дефектной деперсонализации”, характерной для так называемого переходного синдрома, развивающегося при депрессиях в рамках шизофрении. Однако такого рода деперсонализационные проявления не могут быть однозначно оценены как признаки нарастающего дефекта, поскольку обнаруживают противоположные тенденции динамики. В части случаев симптоматика депрессивного отчуждения редуцируется: по мере обратного развития гипотимии исчезают и расстройства самосознания. В другой части наблюдений снижение выраженности аффективных расстройств не только не сопровождается редукцией картины отчуждения, но, напротив, деперсонализационные феномены утяжеляются, генерализуются, приобретают стойкость, необратимость и свойства процессуально обусловленных изменений личности. Сознание неполноты и недостаточности Я с отчуждением активности становится в этих случаях предметом ипохондрического самонаблюдения, утрированной рефлексии на фоне нарастающего аутизма и объективно регистрируемого падения психической активности и продуктивности.

Деперсонализация может доминировать в клинической картине депрессии или быть оттесненной психопатологическими образованиями другого регистра. В частности, отмечено сочетание явлений отчуждения с патохарактерологическими (личностными), фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами.

Преобладание явлений отчуждения в структуре депрессии часто свидетельствует о ее затяжном характере и резистентности к лечебным воздействиям. Состояния этого круга являются исключительной компетенцией психиатров – терапия в условиях общей практики вне постоянного наблюдения психиатра нецелесообразна. Такие больные нуждаются в тщательном подборе специальных лечебно-реабилитационных программ. Психофармакотерапия, как правило, не ограничивается применением антидепрессантов, в ряде случаев возникает необходимость в назначении нейролептиков и проведении интенсивной терапии, включающей не только парентеральное введение психотропных средств, но и курсы электросудорожной терапии.

**Список литературы**

1. Гризингер В. Душевные болезни. -СПб., 1866.

2. Schafer A. Allg J Psychiat 1880;Bd.36,H.2–3, 214–78.

3. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. -Л., 1981.

4. Hаfner H. Arch Psychiat Nervencr 1953;191:351-64.

5. Petrilowitsch N. Arch Psychiat Nervenkr 1956;3:289–301.

6. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994.

7. Loss LH, the basic syndrom of depression in: Psychopathology of Depression. Proceedings of the symposium by the World Psychiatric Association 1979:149–51.

8. Смулевич А.Б. и соавт. Депрессии и коморбидные расстройства. -1997;28–53.

9. Краснов В.Н. Журн невропатол и психиатр. -М., 1980; 91: 33–9.