

К. Г. ДАНИЕЛЯН, С. М. СИМОНЯН

К КЛИНИКЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОНЕЙРОИДА

Проведено клинко-психопатологическое, неврологическое, экспериментально-психологическое, биохимическое, пневмоэнцефалографическое исследование клиники одной из редко встречающихся форм алкогольных психозов. Доказывается, что описываемая болезнь является результатом только хронической алкогольной интоксикации и появляется при наличии неврологических и психопатологических признаков алкогольной энцефалопатии. Подробно описываются дифференциально-диагностические особенности, с помощью которых алкогольный онейроид отличается от онейроидных состояний неалкогольной этиологии.

Клиническая картина типичного алкогольного делирия с преобладанием онейроидных расстройств и рецидивирующим и затяжным течением описана многими отечественными и зарубежными психиатрами. В последние годы клиницистами описаны и атипичные случаи белой горячки, где атипичность была обусловлена появлением в структуре болезни эпизодов онейроидного помрачения сознания. Нами в ранее опубликованных работах изложены дифференциально-диагностические особенности делириозно-онейроидного варианта белой горячки и алкогольного онейроида.

Настоящее сообщение посвящено описанию этиологии, патогенеза, клинических особенностей и динамики психопатологических феноменов алкогольного онейроида. С этой целью нами проведено тщательное клинко-психопатологическое, неврологическое, экспериментально-психологическое, пневмоэнцефалографическое исследование 48 больных (40 мужчин и 8 женщин в возрасте от 31 до 71 года). У всех больных клиническая картина протекала в форме алкогольного онейроида. Возраст больных распределялся следующим образом: 31—39 лет—8, 40—49 лет—25, 50—59 лет—11, 60—71 год—4 человека. Каждый больной перенес от одного до шести психотических (онейроидных) приступов. У 48 больных наблюдалось всего 116 приступов онейроидного помрачения сознания. Патологические черты характера в детские годы отмечались у 3 больных (психопатия: патологически возбудимого типа—1, астенического типа—1, истерического типа—1 чел.). У 38 больных близкие родственники (отец, мать, бабушка и др.) страдали хроническим алкоголизмом. Непосредственно перед возникновением алкогольного онейроида у 8 больных наблюдались соматические заболевания неалкогольной этиологии (трипп, ангина, язвенная болезнь и т. д.), у 31 больного—терапевтические (гепатит и др.) и неврологические заболевания алкогольного происхождения (полиневриты и т. д.). Обязательным для

всех больных является наличие предпсихотического периода, непосредственно связанного с употреблением спиртных напитков. У всех больных онейроидные приступы возникали после длительных запоев при наличии отчетливо выраженных психопатологических и неврологических признаков абстинентного синдрома.

Приведем краткую клиническую иллюстрацию.

1. Больной К., 31 года, поступил 17.II.1974 г. с диагнозом: хронический алкоголизм, алкогольная энцефалопатия, алкогольный онейроид.

Лечение: аминазин—200 мг внутрь (3 дня), общеукрепляющее, дезинтоксикационное, дегидратационное.

Анамнез: больной рос раздражительным, вспыльчивым, трудолюбивым, жизнерадостным и общительным. В школу пошел 7 лет, окончил 4 класса и ремесленное училище, учился хорошо, работал токарем. Из перенесенных заболеваний отмечается корь. В зрелом возрасте дважды болел гриппом без осложнений. Женат с 1955 г., к жене относится с уважением. Последние пять лет возникли ссоры из-за пьянства. Алкоголь употребляет с 19 лет. С 1950 г. запои длились до 1 месяца. В I-й день после окончания запоя 9.II.1964 г. сильно болели желудок и голова, больной испытывал тошноту, слабость. 10.II.1964 г. во время чтения книги начало рябить в глазах, буквы стали сливаться, удваиваться. Вечером 11.II.1964 г. в полудремотном состоянии возникли видения. Больному мерещились всевозможные картины.

Со слов жены известно, что в последнюю ночь временами переставал ее узнавать, часто наблюдались переходы от чувства блаженства к страху и тревоге. Грозил жене, говоря, что она слепая и ничего не видит. Был суетлив, несколько раз приходилось вызывать «скорую помощь».

Больному мерещился зеленый провод, волосы; видел самого себя, подходил к своему двойнику, который тут же исчезал. Так повторялось несколько раз. Видел и чувствовал, что из его тела поднимается дым, чувствовал неприятный запах.

Соматическое состояние. Патология не выявлена.

Неврологическое состояние: нистагмические подергивания правого глазного яблока; понижение чувствительности в дистальных отделах верхних конечностей; атаксия при ходьбе с открытыми и закрытыми глазами, неточность при выполнении пальце-носовой пробы, болезненность при перкуссии затылочной области, при давлении на икры; симптом Маринеско слева; неустойчивость в позе Ромберга; тремор пальцев рук.

Психическое состояние: полностью ориентирован в месте, времени, окружающих лицах. Охотно вступает в контакт. Разговаривает с неизменной улыбкой на лице. Шутлив, многоречив, груб, раздражителен, фамильярен, склонен к юмору. Не сомневается в достоверности виденного им, рассказывает о батальных сценах, видимых образах, страшных переживаниях и мучениях, которые он испытывал. Уверяет, что и в настоящее время колет и жжет все тело, чувствует, как возникают такие же ощущения, какие были дома. Тревожное беспокойство объясняет тем, что «что-то в душе неладно». Временами настроение понижается, жалуется на общую слабость, головные боли в висках и затылке, отсутствие аппетита, бессонницу. После применения аминазина со снотворным спал крепким сном. Утром объявил, что «прошедшая ночь не была похожа на предыдущую». Говорил, что, возможно, все было от водки. Был общителен, свободное время проводил за чтением книг, играл в шашки и шахматы, рассказывал больным подробности о болезни, был спокойным, изредка во время разговора с больными проявлял раздражительность, вспыльчивость, почти всегда был фамильярен, шутлив. На второй день пребывания в больнице возникло критическое отношение к перенесенному состоянию. Жаловался на забывчивость. Психологическим исследованием обнаруживается снижение памяти, истоцаемость. К эксперименту относится несерьезно, в выполнении заданий небрежен. Инструкцию понимает с некоторым затруднением. В эксперименте на классификацию предметов наряду с обобщенными группами создает конкретно-ситуационные, оскобываясь на случайном признаке (врач-градусник, овощи-

посуда и прочее). Затрудняется в наименовании группы. Счет замедлен. Смысл простейших пословиц понимает примитивно-конкретно. Внимание истошаемо.

В таком состоянии выписан домой. Через 11 месяцев вызван для амбулаторной консультации. Держит себя просто и естественно. Мимика и жесты адекватные. Полностью помнит перенесенное болезненное состояние и критично относится к нему. По-прежнему пьет запоями длительностью до 1 месяца. Груб, раздражителен, вспыльчив.

Острое психотическое состояние у хронического алкоголика возникло после очередного запоя. В начале, середине и в конце онейроидного помрачения сознания картина болезни многократно прерывалась белогорячечными видениями (атематические психоэсенсорные нарушения по Клерамбо), однако картина болезни развивалась последовательно и кончалась логично, то есть переживаемые картины имели начало, развитие и конец. В структуре галлюцинаторно-бредового синдрома имели место также вербальные галлюцинации, обонятельные галлюцинации, бред величия и фантастический бред, симптом двойника. Многие из переживаемых явлений были связаны с идеями ревности. Больной из трехдневного острого психотического состояния вышел внезапно, в течение одного дня у него отмечался резидуальный бред.

В психопатологической картине проводимого нами наблюдения на фоне онейроидного помрачения сознания в причудливой форме сочетались типичные белогорячечные переживания с переживаниями онейроидного характера.

В структуре развернутого алкогольного онейроида в начале болезни наблюдаются гипнагогические галлюцинации в основном зоологического и фантастического содержания, иллюзии и истинные галлюцинации почти всех видов восприятия. Зрительные обманы большей частью имеют зоопсихический, причудливый, макроскопический, умножающийся, переходящий друг в друга, изменяющийся характер. Зрительным обманам свойственны постоянная смена одного мнимого образа другим и исчезновение галлюцинаторных образов при попытке больных охватить их. Все окружающие предметы оживляются, приобретают человеческий голос (у кошек появляется человеческая голова, животные пишут письма, играют на гитаре и поют).

Истинные слуховые обманы носят отрывочный или вербальный характер. Иногда больные слышат «летающее слово».

Наблюдаются также вкусовые обманы (больные чувствуют вкус гнилого мяса, бензина и т. д.), осязательные обманы и галлюцинации кожного чувства (больным кажется, что через их кожу пропускают электричество, на них капают капли, их замуровывают в стену, четвертуют, режут тело на куски), галлюцинации мышечного чувства (больным кажется, что они движутся не по своей воле, их кто-то толкает, бросает в пропасть, с костей сходит мясо), висцеральные галлюцинации (больные ощущают и слышат, будто в их животе двигаются животные, в желудок попадает сатана), тактильные галлюцинации (из рта вытаскивают волосы, зубы выпадают и попадают в горло), ипохондрические явления и аутовищероскопические галлюцинации (им кажется, что у них кишки

выпали наружу, в животе дыры, в горле сидит черт и царапает). Содержание галлюцинаций во многом идентично с содержанием иллюзий (иллюзорный галлюциноз).

У больных нарушается также чувство положения тела в пространстве (сидящему кажется, что он находится в горизонтальном положении и, наоборот, не могут сказать, где левая и правая рука).

Особенностью обманов чувств является их кратковременное исчезновение во время беседы с больными и легкость их возобновления при внушении по методу Липмана или Рейхарда.

Бредовые идеи являются попыткой больного привести в единое содержание обман чувств (галлюцинарный бред). Иногда больные говорят, что люди разговаривают их языком, что в них стреляют, делают их неподвижными, вызывают у них пот и производят операции электричеством, гипнозом и т. д. Особенностью этих нестойких бредовых идей является то, что они в причудливой форме сочетаются с белогорячечными видениями.

Все эти белогорячечные симптомы, которые наблюдаются в начале, разгаре и в конце онейроидного помрачения сознания (часто в рамках фантастического бреда) сочетаются с маниакальными (иногда и депрессивными) симптомами и не ведут к появлению кратковременных эпизодов делириозного расстройства сознания.

При симптоме двойника двойник всеми качествами был похож на больного, только у трех больных двойники отличались от больных по цвету кожи, интонации голоса или по телосложению.

В этих случаях двойник подвергался тем же мучениям, что и больные. Непостоянны также маниакальные и депрессивные симптомы. Они переходят друг в друга (больной считает себя Фаустом, беседует с чертом, через некоторое время становится мировым преступником и превращается в животное).

Появление алкогольного онейроида соответствует определенным образом усложняющемуся острому галлюцинаторно-параноидному синдрому. Вначале появляются зрительные и слуховые обманы и бредовые идеи величия в дремотном состоянии. В дальнейшем те же симптомы усложняются по содержанию и структуре в бодрствующем состоянии при наличии моторного беспокойства (суетливость, редко медлительность, расстройство речи—временами невнятность, несвязанность). Значительное место занимают зрительные псевдогаллюцинации, бред фантастический, величия, интерметаморфозы, симптом больших скачков, путешествия, отдельные конфабуляции, симптом Капгра, двойника, деперсонализации; с наибольшим постоянством наблюдаются симптомы лабильности самосознания, мерцания сознания, ложной и двойной ориентировки, ложного узнавания. Больные дезориентированы аллопсихически (иногда и аутопсихически). Мы разделяем мнение тех авторов, которые связывают описанные симптомы с хроническим алкоголизмом и длительными алкогольными эксцессами. В анамнезе наших больных,

кроме этих двух факторов, не отмечено других патогенных воздействий. В пользу единой трактовки всех описываемых наблюдений говорит и сходство результатов многостороннего исследования 46 больных. У большинства из них (45 случаев алкогольного онейроида) установлены изменения личности астено-экспозитивного типа чисто алкогольного генеза со снижением памяти, симптомы поражения глазодвигательного аппарата (нистагм, нарушение аккомодации, диплопия, снижение зрения), клинические проявления поражения периферической и центральной нервной системы—радикулиты, парез, тремор пальцев рук, анестезия, парестезия, полиневриты, адиадохоклинезы, дрожательные гиперкинезы, атрофия межфаланговых мышц, токсические арахноидиты, симптомы Маринеско, Хоботковой. При пневмоэнцефалографии выявились изменения форм желудочков мозга; субарахноидальные слипчивые процессы, атрофия коры и подкорковых образований, внутренняя гидроцефалия, иногда заполненные воздухом одного желудочка.

Таким образом, можно сказать, что описанный нами психоз обусловлен алкогольной интоксикацией и является одной из психопатологических форм проявления алкогольной энцефалопатии.

Республиканский психоневрологический диспансер

Поступила 10/1 1974 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Ս. Մ. ՍԻՄՈՆՅԱՆ

«ԱԼԿՈՀՈԼԱՅԻՆ ՕՆԵՅՐՈՒԴԻ» ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Սույն հոդվածում հեղինակների կողմից նկարագրվում է «ալկոհոլային օնեյրոիդ» կոչվող հիվանդության կլինիկական առանձնահատկությունները: Հիվանդությունն սկսվում է ալկոհոլային արտինենցիայի վիճակում: Հիվանդության հիպնագոգիկ շրջանը բնորոշվում է տեսողական և լսողական ցնորքների և մեծարման զառանցական մտքերի առկայությամբ: Հիվանդության արտահայտված շրջանում նկատվում են հալուցիանցիաներ և մյուս օրգանների կողմից, լսողական և տեսողական կեղծ հալուցիանցիաներ, վերաբերման, հետապնդման, ֆիզիկական և հոգեկան ազդեցության, ֆանտաստիկական, կոնֆաբուլյատոր զառանցական մտքեր, Կանդինսկի-Կլերամբոյի սինդրոմի տարբեր դրսևորումներ: Հիվանդության միակ պատճառն ալկոհոլային խրոնիկական ինտոկսիկացիան է: