

УДК 616.89—008.441.13

К. Г. ДАНИЕЛЯН

К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ
АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

На основе анализа 489 случаев типичных и атипичных алкогольных психозов описываются особенности тех сложных синдромов, которые придают клинической картине этих психозов атипичный характер. Подробно излагаются типы течения как при типичных, так и атипичных алкогольных психозах. Показано, что типы, формы течения алкогольных психозов не стабильны, они часто переходят друг в друга, принимая то типичное, то атипичное течение.

В настоящее время недостаточно изучены закономерности кинического течения повторных и атипичных алкогольных психозов. Прежде всего необходимо уточнить понятие атипичности при алкогольных психозах. В литературе [9, 10, 11] описаны типичные случаи «белой горячки», в структуре которой немалое место занимают и некоторые наиболее характерные для эндогенных психозов симптомы и симптомокомплексы (вербальный галлюциноз, бредовые идеи психического и физического воздействия, явления синдрома Кандинского-Клерамбо и т. д.). Причем при описании и квалификации психотических состояний указанные авторы не пользовались понятием «атипичности». По их мнению, эти так называемые «атипичные» симптомы не чужды типичной картине алкогольных психозов. Возникает вопрос, существуют ли атипичные случаи алкогольных психозов? Г. С. Воронцова [2] считает, что об атипичных алкогольных психозах речь идет тогда, когда наблюдаются осложнения синдрома от простого к сложному, от типичного к атипичному. Так, например, при атипичной белой горячке клиническая картина вначале протекает в форме классического делирия, затем в структуре болезни преобладают вербальный галлюциноз и систематизированные бредовые идеи преследования, при этом зрительные обманы отступают на задний план, возникают явления психического автоматизма в форме зрительных псевдогаллюцинаций и симптома открытости. При атипичном алкогольном галлюцинозе на фоне аффекта страха и тревоги имеют место:

- а) слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, бред физического воздействия, симптомы ассоциативного автоматизма;
- б) бредовые идеи преследования, самообвинения, колдовства, величия;
- в) делириозно-онейроидные эпизоды;
- г) депрессивное или повышенное настроение.

При затяжных галлюцинаторно-бредовых алкогольных психозах на первый план выступают бредовые идеи отношения, преследования, отравления. При наличии отдельных зрительных и слуховых галлюцинаций имеют место и явления психического автоматизма. Вышеизложенная дифференциация атипичных алкогольных психозов хотя и является определенным шагом вперед, но она не отвечает на кардинальный вопрос о том, как же оценивать большинство случаев алкогольных психозов, которые при одном приступе протекают с наличием упомянутых авторами [2] особенностей (атипично), а в остальных, повторных, приступах—в форме типичных алкогольных психозов (без наличия атипичных симптомов). Если за основу «атипичности» алкогольных психозов взять наличие сложного синдрома, то упрощение этого синдрома в последующих приступах вряд ли может считаться доказательством атипичного течения болезни в целом. Более того, описанные Г. С. Воронцовой вышеуказанные атипичные симптомы не так уж редки при типичных алкогольных психозах, и вполне правы Э. Крепелин [9], В. Маньян [10], Ф. Рыбаков [11], а ныне и те авторы [1], которые явления вербального галлюциноза, отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, эпизоды онейроидного помрачения сознания и другие так называемые «атипичные симптомы» [6] считают вполне типичными проявлениями и для классических форм алкогольных психозов (например, белой горячки). Но существуют ли атипичные алкогольные психозы?

Фрагментарно изучены также закономерности течения первичных и повторных приступов алкогольных психозов. В литературе есть только упоминание о том, что при белой горячке в рамках одного приступа помрачение сознания иногда протекает аментивно-делириозным, делириозно-аментивно-делириозным, онейроидно-аментивным [5] или делириозно-онейроидно-делириозным путем [6, 8, 12]. При алкогольном галлюцинозе в случае появления эпизодов помраченного сознания приступы носят галлюцинаторно-онейроидно-делириозный [3], галлюцинаторно-делириозный, галлюцинаторно-онейроидный, галлюцинаторно-онейроидно-галлюцинаторный, галлюцинаторно-делириозно-онейроидный характер [4]. Аналогичные переходы качественно разных синдромов при острых алкогольных психозах наблюдаются и от приступа к приступу. Как протекают упомянутые переходы качественно разных синдромов при алкогольных психозах, свойственны ли им определенные закономерности? Эти вопросы нуждаются в детальном изучении.

С целью изучения закономерностей течения типичных и атипичных алкогольных психозов нами обследовано 489 больных в возрасте от 25 до 84 лет, из них 311 человек перенесли типичные алкогольные психозы, а 178—атипичные. Каждый больной перенес от 1 до 30 острых и затяжных психотических приступов (всего 2123 приступа). Алкогольный типичный делирий наблюдался у 191, типичный алкогольный галлюциноз—у 98, типичный алкогольный параноид—у 22, атипичный алкогольный делирий—у 99, атипичный алкогольный галлюциноз—у 61, атипичный алкогольный параноид—у 18 чел. В преморбиде психотические черты

характера отмечались у 21 чел. (4,2%, из них шизоидный—только у 7 чел.), наследственная отягощенность психическими заболеваниями—у 33 чел. (6,7%, из них шизофрения—у 3 чел.) и хронический алкоголизм—у 187 чел. (38,2%). Непосредственно перед развитием острых психотических приступов разные соматические заболевания и другие патогенные факторы неалкогольной этиологии (грипп, психическая и физическая травма и т. д.) имели место у 59 чел. (12,06%), терапевтические и неврологические заболевания алкогольной этиологии у 195 чел. (39,8%, из них терапевтические—у 108 чел. и неврологические—у 87 чел.). Все больные страдали хроническим алкоголизмом в форме запойного пьянства в течение 5—20 лет.

Изучение структурных особенностей первичных и повторных приступов типичных форм алкогольного делирия, галлюциноза, параноида и галлюцинаторно-параноидных алкогольных психозов показывает, что не всегда течение болезни характеризуется наличием лишь делириозного помрачения сознания, галлюциноза или параноида. Наиболее часто мы встречаем сочетание разных синдромов при типичных алкогольных психозах. Синдромальная сложность типичных картин белой горячки связана с некоторыми симптомами и симптомокомплексами, которые дебютируют психозы, доминируют на вершине болезненного состояния или появляются на исходе болезни. Эти видоизменения связаны с возникновением эпилептиформных припадков, вербальным галлюцинозом, систематизированными бредовыми идеями преследования, синдромом Кандинского-Клерамбо, эпизодами оглушенного, аментивного, онейроидного помрачения сознания, состояниями сопорозного или коматозного расстройства сознания. При появлении вышеуказанных болезненных явлений в начале психотического приступа ведущий синдром видоизменяется и протекает в форме галлюцинаторно-делириозного, судорожно-оглушенно-делириозного, судорожно-аментивно-делириозного состояний. При появлении вышеописанных непатогномоничных для делирия явлений в развернутый период болезни картина белой горячки протекает в форме: а) делириозно-судорожно-оглушенного, делириозно-судорожно-аментивного, делириозно-судорожно-оглушенно-сопорозного, делириозно-судорожно-сопорозно-коматозного, делириозно-коматозно-делириозного, делириозно-сопорозно-коматозного; б) делириозно-галлюцинаторного; в) делириозно-параноидного; г) делириозно-онейроидного приступов. При литическом окончании болезни ведущий синдром проявляется в форме делириозно-галлюцинаторного, делириозно-параноидного, делириозно-онейроидного, делириозно-онейroidно-галлюцинаторного (или параноидного), делириозно-судорожно-оглушенного состояния. Изучение особенностей течения ведущего синдрома при белой горячке от приступа к приступу показывает, что в первоначальных приступах этой болезни ведущий делириозный синдром проявляется в форме гипнагогической галлюцинации (гипнагогический вариант). При дальнейших повторных приступах наблюдается смена ведущего синдрома в следующем порядке: гипнагогический галлюциноз, иллюзорно-бредовый синдром (безбредовый вариант), галлюцинаторно-

параноидный: а) с кратковременным течением (абортивный вариант); б) с включением судорожных, сомнолентных, оглушенных, аментивных, сопорозных или коматозных явлений (лихорадочный, тяжело протекающий вариант); в) с делириозно-онейроидным или только делириозным помрачением сознания, но с преобладанием или вербального галлюциноза, или систематизированных бредовых идей, или отдельных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, или без последних (классический вариант); г) с делириозным или делириозно-онейроидным помрачением сознания, но с преобладанием сочетания вербального галлюциноза, систематизированных бредовых идей и разнообразных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо (атипичный и делириозно-онейроидный острый вариант); д) с делириозно-онейроидным помрачением сознания и наличием вербального галлюциноза, систематизированных бредовых идей, разнообразных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, маниакальных или депрессивных симптомов (делириозно-онейроидный затяжной вариант).

Иные особенности синдрома кинеза при алкогольном галлюцинозе. В рамках одного приступа ведущий синдром галлюциноза, видоизменяясь, проявляется в форме: а) вербального галлюциноза с переходом в галлюцинаторно-параноидное состояние (бред носит интерпретативный характер) или б) вербального галлюциноза с переходом в галлюцинаторно-парафренное состояние. При появлении на фоне вербального галлюциноза эпизодов помраченного сознания картина болезни обычно принимает галлюцинаторно-делириозный, галлюцинаторно-онейроидный, галлюцинаторно-делириозно-галлюцинаторный, галлюцинаторно-онейроидно-галлюцинаторный, галлюцинаторно-делириозно-онейроидно-галлюцинаторный характер. При первичных и повторных приступах алкогольного параноида ведущий бредовый синдром подвергается некоторым видоизменениям. Обычно это происходит в результате появления: а) эпизодов помраченного сознания, б) соматических тяжелых состояний. В рамках одного приступа алкогольного параноида в таких случаях чередование симптомов происходит в форме: а) бредово-делириозно-бредового; б) бредово-онейроидно-бредового; в) бредово-делириозно-онейроидно-бредового; г) бредово-супорозно (или коматозно)-бредового; д) бредово-делириозно-аментивно-бредового состояний.

Изучив особенности синдрома кинеза при белой горячке от приступа к приступу, выявили, что у лиц, перенесших белую горячку, повторные психотические приступы проявляются вначале в форме алкогольного галлюциноза, а затем—в форме затяжных или хронических галлюцинаторно-параноидных или галлюцинаторно-парафренных алкогольных психозов. При этом на высоте болезненного состояния нередко наблюдаются эпизоды помрачения сознания делириозного, онейроидного или делириозно-онейроидного характера. При учащении повторных приступов ведущий синдром (вместе с ним и клинический вариант этой болезни) в 20% случаев повторяется стереотипно, в 56% случаев синдромы (и варианты) переходят друг в друга в рамках одной нозологической формы (белой горячки), в 23,2% случаев синдромы (и варианты)

переходят в другие формы алкогольных психозов, в 0,8% случаев ведущий синдром (и вариант) переходит в другие формы психических заболеваний (шизофрения и т. д.). При алкогольном галлюцинозе по мере учащения повторных приступов психотические состояния в 32% случаев повторяются стереотипно, но часто они переходят в галлюцинаторно-параноидные или галлюцинаторно-парафренные затяжные или хронические алкогольные психозы. При повторных приступах алкогольного параноида в 11% случаев приступы повторяются стереотипно, в 33% случаев они переходят в алкогольный острый галлюциноз, в 45% случаев в алкогольный делирий, в 5% случаев—в алкогольный онейроид, в 1% случаев—в жорсаковский психоз, в 5% случаев—в затяжные или хронические галлюцинаторно-параноидные или галлюцинаторно-парафренные алкогольные психозы.

Какова же структура атипичных алкогольных психозов? Наши наблюдения показывают, что ведущий синдром при атипичном алкогольном делирии характеризуется наличием сложного галлюцинаторно-параноидного (шизофреноподобного) синдрома. В структуре этого синдрома отмечаются зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, вербальный галлюциноз, бредовые идеи преследования, психического и физического воздействия, интерметаморфозы, метаморфозы, псевдогаллюцинаторные, ассоциативные, сенестопатические, кинестетические (сензорные, идеаторные, изредка и моторные) проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, симптомы двойника, Капгра. В начале болезни, в люцидных промежутках помраченного сознания и в первые часы после прояснения сознания иногда отмечаются отдельные деперсонализационные, дереализационные, конфабуляторные явления и явления расстройства схемы тела. При переходе делириозного состояния в делириозно-онейроидное помрачение сознания проявляются также явления аутопсихической дезориентировки, двойной ориентировки, симптомы лабильности сознания, мерцания самосознания, маниакальные (или депрессивные), ступорозные явления и явления сенсомоторной диссоциации. В структуре атипичного алкогольного галлюциноза в рамках сложного галлюцинаторно-параноидного шизофреноподобного синдрома большой удельный вес занимают слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи психического и физического воздействия, систематизированные бредовые идеи преследования, сензорные и идеаторные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо. На фоне вербального галлюциноза иногда наблюдаются эпизоды типичного или атипичного делириозного, делириозно-онейроидного или онейроидного помрачения сознания.

При остром алкогольном атипичном параноиде к нетипичным симптомам относятся явления сенестопатического и ассоциативного автоматизма, эпизоды делириозного или делириозно-онейроидного помрачения сознания, нестойкие скоропроходящие ступорозные явления, бредовые идеи физического и психического воздействия.

При изучении особенностей атипичных симптомов и симптомокомплексов (шизофреноподобных проявлений) от приступа к приступу

наблюдаются следующие типы течения острых алкогольных психозов:

1. Постепенное или резкое исчезновение атипичных симптомов при дальнейших повторных психотических приступах (регрессионный тип течения—54 чел.). В таких случаях обычно второй или третий приступ характеризуется наличием атипичных симптомов, а остальные повторные приступы протекают без них.

2. Появление отдельных атипичных симптомов и симптомокомплексов (шизофреноподобных проявлений) через 1—2 типичный приступ (альтернирующий, волнообразный тип течения—104 чел.). В таких случаях атипичные симптомы наблюдаются, например, во 2-, 5- и 13-ом повторных приступах.

3. От приступа к приступу появляются все новые и новые атипичные симптомы и симптомокомплексы (сочетания вербального галлюциноза, систематизированных бредовых идей и отдельных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо), постепенно осложняется ведущий галлюцинаторно-параноидный синдром до тех пор, пока не наступает выраженное дементное состояние (прогредиентный, атипичный тип течения—20 чел.). К атипичным вариантам острых алкогольных психозов должны относиться именно такие случаи.

Изучение особенностей синдрома кинеза при острых алкогольных психозах показывает, что их формы и варианты течения не стабильны, что при повторных приступах они часто переходят друг в друга, в ряде случаев протекают атипично, т. е. им свойственны определенные типы и закономерности течения.

Республиканский психо-неврологический диспансер

Поступила 14/III 1975 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԵԼՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԱԼԿՈՀՈԼԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈՂՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հոգվածում շարադրված են արկոհոլային տիպիկ և ատիպիկ պսիխոզներով տառապող հիվանդների 489 դիտումների կլինիկական հետազոտության արդյունքները: Մանրամասն նկարագրված են այդ պսիխոզները կառուցվածքային առանձնահատկությունները և ընթացիկ օրինաչափությունները: Արկոհոլային պսիխոզների ժամանակ այնպիսի ախտանշաններ, ինչպիսիք են հարաբերության, հետապնդման, ազդեցության դասակարգված դառանցական մտքերը, օնելթոիդ բնույթի գիտակցության խանգարումները, կարճատև դերեկազիցիայի, դեպերսոնալիզացիայի, կաշկանդվածության, դեպրեսիայի կամ մանիակալ բնույթի տրամադրության բարձրացման երևույթները հաճախ են հանդիպում և դասական արկոհոլային դելիրայի, հալուցինոզի և պարանոիդի ժամանակ: Վերոհիշյալ պսիխոզների ատիպիկ ընթացքը

պայմանավորված է կրկնվող նոսրանների ժամանակ բարդացող հալուցիկատոր-պարանոցի սինդրոմով: Այդ սինդրոմը յուրաքանչյուր հաշորդ նոսրալի ժամանակ ընդգրկում է նորանոր առիպիկ ախտանշաններ և այդ պրոցեսը շարունակվում է մինչև ալկոհոլային թուլամտության հասունացումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Баничиков В. М. и Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1968.
2. Воронцова Г. С. Канд. дисс. М., 1959.
3. Гасуль Е. Р. и Цинман И. Я. В сб.: Алкоголизм (вопросы патогенеза, клиники и лечебно-профилактических мероприятий). Киев, 1970, стр. 49.
4. Гофман А. Г. Дисс. докт. М., 1968.
5. Наку А. Г. Аментивный синдром. Кишинев, 1970.
6. Гулямов М. Г. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. М., 1963, 2, стр. 240.
7. Гулямов М. Г. Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского. Душанбе, 1968, стр. 180.
8. Даниелян К. Г. Дисс. канд. М., 1969.
9. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов, т. 2. С.-Петербург, 1912, стр. 97.
10. Маньян В. Алкоголизм, различные формы алкогольного бреда и их лечение. С.-Петербург, 1877, стр. 3.
11. Рыбаков Ф. Е. Душевные болезни. М., 1917, стр. 299.
12. Усачев В. М. В кн.: Вопросы невропатологии и психиатрии. Рязань, 1969, стр. 75.