

К. Г. ДАНИЕЛЯН

Է ԿԼԻՆԻԿԵ, ԴԻԲԲԵՐԵՆԿԻԱԼՆՈՎ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԵ
Ի ԼԵՇԵՆԻՍ ԱՏԻՓԻԿՆԻՅ ԱԼԿՈԴՈԼՆԻՅ ՓՍԻԽՈՅՈՎ

В работе описываются те особенности и закономерности течения атипичных алкогольных психозов, которые служат основой для дифференциации этих психозов от шизофрении. При выделении основных дифференциально-диагностических критериев атипичных алкогольных психозов изучаются не только в статике (при отдельных приступах), но и в динамике (от приступа к приступу). Особое место уделено вопросам терапии этих психозов.

Хотя изучение клинических особенностей алкогольных психозов началось давно, этот вопрос нельзя считать завершенным. До сих пор со стороны отдельных исследователей и клинических направлений подробно описана только клиника типичных случаев острых и затяжных алкогольных психозов, тогда как атипичные случаи этих психозов изучались фрагментарно. Всесторонние клинические исследования последних лет показывают, что нередко изучаемые психозы протекают в измененной до такой степени форме, что на основании анализа только отдельных психотических приступов невозможно сказать, идет ли речь об атипичных алкогольных психозах или о шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом. Выяснение истинной природы этих психозов с точки зрения дифференциальной диагностики имеет важное практическое и теоретическое значение. Достаточно сказать, что в таких случаях диагностические ошибки могут не только привести к неправильному лечению больных, но и быть причиной неточного решения ряда важнейших медицинских и юридических вопросов (военнообязанность, невменяемость или вменяемость, инвалидность, дееспособность). До сих пор ряд клиницистов, изучая особенности атипичных алкогольных психозов, в основном исходили из анализа отдельных приступов болезни, говоря о атипичном приступе, а не о атипичном течении болезни вообще. Изучение клинических особенностей алкогольных психозов показывает, что нередко случаи, когда в начальных приступах болезнь протекает атипично, а при повторных приступах — вполне типично, или же типичные и атипичные приступы у одного и того же больного чередуются. Иначе говоря, в подобных случаях атипичный приступ еще не говорит об атипичном течении болезни вообще.

В настоящем сообщении нами поставлена задача выявить и изучить основные дифференциально-диагностические признаки, характерные для атипичных алкогольных психозов, которые служат основой для диффе-

ренцировки атипичных алкогольных психозов от внешне сходных психозов неалкогольного происхождения. Иначе говоря, мы изучили атипичные алкогольные психозы не только в статике, но и в динамике и, говоря об атипичных алкогольных психозах, имели в виду не только особенности данного атипичного приступа, но и атипизацию течения болезни от приступа к приступу.

Вопрос о клинике атипичных алкогольных психозов на разных этапах развития клинической психиатрии неоднократно бывал предметом обсуждения, но окончательно не разрешен, и по-прежнему возникают большие трудности при дифференциации атипичных алкогольных психозов от шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом. Попытка решения этих вопросов, хотя и не вполне удачная, сделана немецким психиатром Гретером [8], который в 1909 г., описывая случаи сочетания шизофрении с хроническим алкоголизмом, выделил три основные группы симптомов, на основании которых и считал возможным дифференцировать неосложненную шизофрению как эндогенный психоз от шизофрении, осложненной экзогенными вредностями (хроническим алкоголизмом). По Гретеру, симптомы первой группы в одинаковой мере встречаются и при хроническом алкоголизме и при раннем слабоумии (шизофрении), становясь более отчетливыми от злоупотребления алкоголем и постепенно ослабевая или исчезая с прекращением злоупотребления спиртных напитков. Во вторую группу входят симптомы, достаточно специфичные для преждевременного слабоумия и мало изменяющиеся под влиянием пьянства. Они не встречаются при чистых алкогольных психозах: это «ауто-и соматопсихические бредовые идеи», галлюцинации общего чувства, вкуса и обоняния. В третью группу объединены симптомы преждевременного слабоумия, интенсивность которых уменьшается под влиянием алкоголизма (ступор, мутизм, негативизм, склонность к диссимуляции «бредовых идей ауто- и соматопсихического происхождения»). Вышеописанные Гретером явления относят к тем психозам сложной этиологии, где атипичность не обусловлена ни предшествующим шизофреническим алкоголизмом (примарный алкоголизм) и ни шизофренией, осложненной алкоголизмом (секундарный алкоголизм). Атипичная картина в описанных Гретером случаях является результатом обострения именно шизофренического процесса. Алкоголь в таких случаях служит лишь провоцирующим фактором. Подобные случаи были описаны С. С. Корсаковым [6] под названием «смешанных», С. А. Сухановым [7] — «комбинированных» психозов. В подобных случаях нельзя говорить об истинных атипичных алкогольных психозах, т. к. атипичное течение описанных ими психозов не было обусловлено хронической алкогольной интоксикацией. Трудно также доказать чисто алкогольную природу тех нетипично протекающих случаев алкогольных психозов, где хронический алкоголизм сочетается с маниакально-депрессивным психозом, эпилептической болезнью, травматической энцефалопатией и рядом других эндогенных и экзогенных (но неалкогольных) психических заболеваний. При сочетании психотической формы хронического алкоголизма (в част-

ности делирия) с шизофренией [8—10], циклофренией [7, 11], эпилептической болезнью [12—14] и другими психическими заболеваниями можно скорее говорить о психозах сложной структуры, но не о атипичных чисто алкогольных психозах, потому что хотя и психотические состояния в подобных случаях начинаются картиной алкогольного психоза (в частности делирием), но в дальнейшем на протяжении длительного времени в клинической картине наблюдаются только симптомы основного (неалкогольного) заболевания (шизофрения и т. д.). Совершенно иные клинические особенности атипичных алкогольных психозов. Структурные особенности этих психозов подробно изучены [1, 2, 4, 5], но в этих работах речь идет о атипичности отдельного конкретного приступа, а не о атипичном течении болезни вообще.

Нами исследовано 489 больных с острыми алкогольными психозами (собственные наблюдения). Кроме того, мы подвергли тщательному анализу 6480 историй болезни больных, которые находились на стационарном лечении в Костромской и Тульской областных психиатрических больницах за 1918—1972 годы и страдали типичными и атипичными алкогольными психозами. За этот период каждый больной перенес от одного до 32 острых и затяжных психотических приступов (всего 29000 приступов). У всех больных острые психотические приступы возникали в состоянии абстиненции спустя 1—15 лет от начала появления похмельного синдрома. Из 6969 больных алкогольный типичный делирий наблюдался у 3425, атипичный алкогольный делирий — у 380, типичный алкогольный галлюциноз — у 2401, атипичный алкогольный галлюциноз — у 399, типичный алкогольный параноид — у 330, атипичный алкогольный параноид — у 34 больных. Клиническая картина алкогольного делирия часто начинается классической картиной делириозного помрачения сознания. Чувство страха и тревоги у больных в причудливой форме сочетаются с явлениями алкогольного юмора, грубостью, раздражительностью; аффективно окрашенные зрительные, слуховые и другие виды истинных и псевдогаллюцинаций сопровождаются несистематизированными или систематизированными разнообразными бредовыми идеями. Нередко наблюдаются бредовые идеи психического и физического воздействия, разнообразные проявления синдрома Кандинского—Клерамбо. При наличии вышеуказанных симптомов нельзя приступы целиком квалифицировать как атипичные и диагностировать заболевание как атипичный алкогольный делирий. Ошибочность такого диагноза у многих больных становится очевидной при повторных приступах болезни, которые часто протекают без наличия атипичных симптомов, то есть протекают вполне типично. Атипичность приступа и атипизация течения болезни в целом связаны с возникновением на фоне делириозного помраченного сознания сочетания вербального галлюциноза, систематизированных (интерпретированных) разнообразных бредовых идей и отдельных проявлений психического автоматизма. При этом от приступа к приступу появляются все новые атипичные симптомы, наиболее свойственные эндогенным психозам (шизофрения и т. д.), и только в межприступных

периодах личностные изменения алкогольно-органического типа при отсутствии личностных изменений шизофренического типа дают основание отрицать процессуальный (шизофренический) характер этих психозов и атипичное течение болезни связывать только с хронической алкогольной интоксикацией. При отсутствии других патогенных факторов выявленные патоморфологическими исследованиями признаки органического поражения головного мозга являются не единственным, но достаточно аргументированным доказательством правоты нашей точки зрения. Во время алкогольного галлюциноза на фоне ясного сознания слуховые обманы также могут сопровождаться несистематизированными бредовыми идеями и отдельными проявлениями психического автоматизма. Подобные приступы при повторных поступлениях больных также часто протекают без атипичных симптомов (т. е. типично). Только в тех случаях, когда от приступа к приступу сочетание вышеуказанного сложного галлюцинаторно-параноидного синдрома повторяется стереотипно или включает все новые атипичные симптомы, течение болезни в динамике принимает атипичный характер. И при атипичном течении алкогольного галлюциноза как в остром, так и в межприступных периодах болезни больные остаются доступными для контакта. В остром периоде болезни достаточно систематизированные бредовые идеи и разнообразные проявления психического автоматизма в причудливой форме сочетаются со столь характерными для хронического алкоголизма юмором, раздражительностью, грубостью, вазомоторно-вегетативными нарушениями. От приступа к приступу на первый план выступают отчетливо выраженные явления алкогольно-органического (энцефалопатического) типа изменения личности, снижения памяти и интеллекта. Патоморфологические исследования подтверждают органическую природу атипичного алкогольного галлюциноза, и эти изменения при отсутствии других патогенных факторов (травма и т. д.) являются лучшим доказательством его алкогольной природы. При атипичном алкогольном параноиде бредовые идеи не являются интерпретацией содержания обманов чувств, они возникают с самого начала болезни (первичный бред). Могут наблюдаться также зрительные, слуховые и другие виды единичных, истинных и псевдогаллюцинаций непостоянного характера, но последние не являются обязательным компонентом алкогольного параноида, наоборот, у большинства больных они отсутствуют. При алкогольном параноиде в редких случаях наблюдаются также явления «никогда не виденного» или «уже виденного». В структуре галлюцинаторно-параноидного или параноидного синдрома часто наблюдаются также отдельные нестойкие, но достаточно развернутые проявления психического автоматизма. От приступа к приступу течение болезни не изменяется, не появляется новых атипичных симптомов, психотические приступы стереотипно повторяются. В межприступных периодах углубляются признаки изменения личности по алкогольному типу. В психотических состояниях бредовые идеи и явления психотического автоматизма в причудливой форме сочетаются с алкогольным юмором, склонностью больных к плоским и грубоватым шут-

кам. Патоморфологические исследования выявляют такие изменения, которые наблюдаются при хроническом алкоголизме. Вышеуказанные качественные особенности острых психотических приступов у хронического алкоголика являются лучшим доказательством чисто алкогольной природы атипичных алкогольных психозов. Кроме вышеописанных характерных для отдельных форм острых алкогольных психозов дифференциально-диагностических особенностей, существуют и некоторые общие для всех форм атипичных алкогольных психозов особенности. При атипичном алкогольном делирии зрительные обманы сочетаются со слуховыми. По мере учащения приступов слуховые обманы начинают преобладать в клинической картине. В далеко зашедших случаях у этих больных повторные приступы протекают в форме алкогольного типичного или атипичного галлюциноза. При этом первый приступ атипичного алкогольного делирия от начала до конца болезни протекает в форме делириозно помраченного сознания. В связи с учащением повторных приступов психотическое состояние у этих больных начинается картиной атипичного делирия и через 1—2 дня переходит в атипичный алкогольный галлюциноз. Повторные приступы атипичного алкогольного галлюциноза часто начинаются белогорячным синдромом (зрительным обманом чувств в состоянии ясного сознания), но по мере учащения повторных приступов последние с начала до конца приступа протекают на фоне ясного сознания без белогорячных явлений. При атипичном алкогольном галлюцинозе бредовые идеи постепенно становятся систематизированными и в связи с учащением повторных приступов протекают в форме затяжного или хронического галлюцинаторно-бредового психоза. При атипичном алкогольном параноиде первичные бредовые идеи отношения и преследования сочетаются с неразвернутым проявлением психического автоматизма, и болезнь принимает затяжное течение. Эти психотические состояния часто прерываются вспышками вербального галлюциноза или делирия. Атипичное течение острых алкогольных психозов в ряде случаев связано с включением в структуру изучаемых психозов разнообразных проявлений синдрома Кандинского—Клерамбо, систематизированных различных бредовых идей и эпизодов онейроидных, сумеречных, аментивных, маниакальных, депрессивных или ступорозных состояний. Таковы в основном те клинические особенности, которые являются достаточно характерными для атипичных алкогольных психозов и ни в коей мере не характерны для шизофрении или других эндогенных психозов. В наших предыдущих работах [4—5] было показано, что отдельные виды острых алкогольных психозов (делирий, галлюциноз, параноид) по мере учащения повторных приступов перестают быть самостоятельной формой. Алкогольный делирий при повторных приступах часто переходит в алкогольный галлюциноз, изредка алкогольный параноид. Есть много больных, которые переносили приступы и делирия, и галлюциноза, и параноида, а последние годы жизни проводили в стационаре в состоянии алкогольного псевдопаралича или деменции. Изучение длительного катамнеза (1918—1972 гг.) и особенностей чере-

дования повторных психотических приступов у алкоголиков показывает, что острые алкогольные психозы в жизни каждого больного проходят определенные этапы развития. В первоначальных приступах типичного или атипичного алкогольного делирия, галлюциноза или параноида последние характеризуются всеми особенностями экзогенных психозов. Этот период болезни можно условно назвать экзоформным. По мере учащения повторных атипичных приступов вышеуказанные острые алкогольные психозы принимают затяжное или хроническое течение и протекают в форме галлюцинаторно-параноидных и галлюцинаторно-парافренических психозов. В этот период по сложности клинической картины психотические приступы ничем не отличаются от шизофрении. Этот условно называемый нами эндоформный (шизофреноподобный) период болезни длится сравнительно коротко, но протекает с частыми рецидивами. В межприступных периодах болезни больные предаются длительным или непрерывным запоям. Явления стертой депрессии и параноидные идеи диффузного характера часто наводят психиатров на мысль, что у подобных больных речь идет о сочетании шизофрении с хроническим алкоголизмом. В связи с учащением повторных приступов и увеличением алкогольного стажа у больных эпизодически возникают судорожные припадки, резко снижаются память и интеллект, признаки алкогольно-органического типа изменения личности становятся постоянными, неотвратимыми. Именно в этот (условно названный нами экзоформно-дементный) период болезни становится бесспорной алкогольная природа болезни. При наличии сочетания разнообразных систематизированных бредовых идей и явлений психотического автоматизма точнее было бы отнести отдельные приступы алкогольных психозов не к атипичным, а типичным и назвать их, например, алкогольным делирием (галлюциноз или параноид) с шизофреноподобными включениями, и атипичными называть только те случаи болезни, когда от приступа к приступу появляются все новые атипичные симптомы.

Эффективность лечения атипичных алкогольных психозов зависит от того, находится ли болезнь в экзоформной, эндоформной или экзоформно-дементной стадии. В начальных приступах атипичных алкогольных психозов купирование делирия, галлюциноза или параноида ничем не отличается от лечения типичных случаев этих заболеваний. В эндоформный период лечение атипичных алкогольных психозов должно быть непрерывным, то есть после купирования острых психотических приступов в период ремиссии, учитывая наличие частых эпизодических депрессивных, параноидных или галлюцинаторно-параноидных абстинентных явлений, больные должны получать нейролептические средства в уменьшенных дозах. Атипичный алкогольный делирий лучше купируется тизерцином, халоперидолом и аминазином, атипичный алкогольный галлюциноз — трифтазином, халоперидолом с аминазином или комбинацией этих средств. При атипичном алкогольном параноиде сочетание трифтазина и аминазина купирует психоз в кратчайший срок. В межприступных периодах желательно оставить одно из этих нейролептиче-

ских средств широкого спектра действия и сочетать его с малыми транквилизаторами. В экзотормоно-дементный период болезни, когда психоз возникает даже от приема незначительного количества алкоголя, ведущим звеном терапевтического вмешательства должно быть воздействие и на явления внутренней гидроцефалии (дегидратационные и гипотензивные средства), нарушения функции печени (метионин, витамины и т. д.), сердечно-сосудистые нарушения (вазокардиотонические средства).

Республиканский психоневрологический
диспансер

Поступила 20/X 1976 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ԱՏԻՊԻԿ ԱԼԿՈՀՈԼԱՅԻՆ ՊՍԻԽՈԴԵՆՏԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ,
ԴԻՖԳԵՐԵՆՑԻԱԼ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Ալկոհոլային բնույթի ատիպիկ պսիխոզների կլինիկական առանձնահատկությունների վերաբերյալ սույն աշխատանքի հիմքում ընկած է հեղինակի կողմից 6969 հիվանդների կլինիկական և կատամենեստիկ հետազոտությունների արդյունքը: Ատիպիկ ալկոհոլային պսիխոզների կարգին պետք է դասել այն սուր կամ քրոնիկ հոգեախտաբանական վիճակները, որոնք նոպայից-նոպա ավելի տիպիկ ընթացք են ընդունում և ատիպիկացիայի պրոցեսը շարունակվում է ընդհուպ մինչև ալկոհոլային պսիխոզի վաղ փուլում: Ալկոհոլային թուլամտության առաջացումը: Նոպաների հաճախականացման հետ կապված ալկոհոլային բնույթի ատիպիկ դելիրիան, հալուցիոզը և պարանոիդը ձեռք են բերում շրջաֆրենիային արտաքինապես բավականին նման առանձնահատկություններ: Նշված հիվանդներն այս շրջանում հաճախ սխալ են խտրորոշվում: Ալկոհոլային ստաժի և հասակի աճման հետ զուգընթաց նոպաներն հաճախականում են և աստիճանաբար ցայտուն դառնալով կայունանում են անձի ալկոհոլային-օրգանական բնույթի փոփոխությունները: Այդ փոփոխություններն սովորաբար զուգակցվում են հիշողության և ինտելեկտի իջեցման հրկույթներով: Ախտորոշման տեսակետից հիվանդության նշված շրջանում անհրկազուրկ կարելի է ասել, որ շրջաֆրենիան սիմպտոմների առկայության պարագայում անգամ կարելի է վստահել պնդել, որ նկարագրվող հիվանդությունները միայն ալկոհոլի շարաշահման հետևանք են:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Воронцова Г. С. Дисс. канд. М., 1959.
2. Галант И. В. В сб.: Алкоголизм. М., 1959, стр. 153.
3. Гулямов М. Г. Синдром психического автоматизма. Душанбе, 1965.
4. Даниелян К. Г. Дисс. канд. М., 1959.
5. Даниелян К. Г. Журнал эксперимент. и клинич. медицины АН АрмССР, 1975, т. XV, 6, стр. 84.

6. Корсаков С. С. Курс психиатрии, т. 2. М., 1901, стр. 682.
7. Суханов С. А. Врачебная газета, 1906, 23, вып. 19, стр. 613.
8. Graeter K. Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. Leipzig, 1909.
9. Gyrfas K. Zeitschrift für Psych. und ihre Grenzgebiete, 1939, 111, 3—4, 234.
10. Саупп К. Nervenheilk u. Psychiatrie, 167, 1903.
11. Mayer-Gross W. Neurol. und Irrenärzte. Bd. Bdd. Mai, 1922.
12. Meynert Th. В кн.: Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии Харьков, 1890, стр. 93.
13. Bonhoeffer K. Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Breslau, 1897.
14. Vloten V. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, IXIII, Bd.—6, Heft, 1832.