

К. Г. ДАНИЕЛЯН

К КЛИНИКЕ ПСИХОЗОВ СЛОЖНОЙ СТРУКТУРЫ ПРИ
СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА С НЕКОТОРЫМИ
ЭНДОГЕННЫМИ И ЭКЗОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ

На основании изучения большого клинического материала подробно излагаются клинические особенности атипичных психозов сложной этиологии при сочетании психотической формы хронического алкоголизма с другими психическими заболеваниями эндогенной и экзогенной природы. Описаны клинические закономерности течения комбинированных психозов, показана роль экзогенного фактора (алкоголя) в видоизменении (атипизации) эндогенных психозов. Особое место уделено дифференциальной диагностике изучаемых психозов.

Наличие в клинической картине атипичных алкогольных психозов маниакальных и депрессивных симптомов, различных четко выраженных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо и некоторых наиболее характерных эндогенным психозам симптомов и симптомокомплексов послужило для ряда авторов поводом для выдвижения идеи о комбинозе: об одновременном сосуществовании алкогольного делирия и шизофрении [9—11], делирия и маниакально-депрессивного психоза [7, 10, 12], делирия и эпилептической болезни [13, 15, 16].

В настоящее время большинство клиницистов считает, что появление эпилептиформных припадков во время алкогольного делирия у лиц, не страдающих эпилептической болезнью, связано с злоупотреблением алкоголем. Следовательно, о комбинозе здесь речи быть не может. Гораздо сложнее решить вопрос о сочетании алкогольного делирия с шизофренией, с маниакально-депрессивным психозом, с эпилептической и травматической болезнью. В приведенных Гретером [9], С. Г. Жислиным [5], И. М. Вишем [2] и другими клиницистами случаях картина алкогольного делирия являлась кратковременной вспышкой. После исчезновения делириозного состояния в клинической картине долгое время звучали симптомы основного заболевания. В подобных случаях речь идет скорее об экзогенно спровоцированных эндогенных, крайне редко и экзогенных (но не алкогольных) психозах. Накопленные клинические наблюдения показывают, что не всегда экзогенные вредности (алкоголь и т. д.) при осложнении эндогенных психических заболеваний экзогенными (и наоборот) играют лишь роль провоцирующего фактора. Наоборот, возникшее непосредственно после массивной и многодневной алкогольной интоксикации сочетание ка-

ественно разных психических заболеваний не только сводится к непрерывной смене экзогенных психозов эндогенными, но и к одновременному сосуществованию экзогенных и эндогенных психозов. При этом нередко взаимопереходы этих качественно разных психических заболеваний происходят таким образом, что с начала и до конца болезни преобладающими являются симптомы, возникновение которых связано именно с хронической алкогольной интоксикацией.

С целью изучения клинических особенностей вышеуказанных психозов сложной структуры (комбинозы) нами проведено тщательное клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое, неврологическое, биохимическое и пневмоэнцефалографическое исследование 290 больных, их конх 100 человек страдали хроническим алкоголизмом и шизофренией, 65—хроническим алкоголизмом и маниакально-депрессивным психозом, 80—хроническим алкоголизмом и травматической болезнью, 15—эпилепсией и хронической алкогольной интоксикацией, 10—хроническим алкоголизмом и антабусной интоксикацией, 20—хроническим алкоголизмом и другими психическими заболеваниями (реактивный паранойд и т. д.). Возраст больных распределялся следующим образом: от 38 до 40 лет—110, от 41 до 50—105, от 51 до 65 лет—75 человек. Каждый больной перенес от 1 до 11 психотических приступов (всего 1110 приступов). За исключением 3 больных, остальные страдали хроническим алкоголизмом в форме запойного пьянства и к моменту возникновения первого психотического приступа имели, как правило, 5—25-летний алкогольный стаж.

Непосредственно перед развитием делириозно-онейроидных психозов сложной структуры в состоянии похмелья у больных наблюдались выраженные вазомоторно-вегетативные нарушения, расстройство сна, кошмарные сновидения, гипнагогические галлюцинаторно-бредовые переживания, астено-депрессивные, тревожно-депрессивные или тревожно-паранойдные явления. На таком фоне и развивается психоз. Делириозно-онейроидные психозы сложной структуры, несмотря на их разнообразные клинические проявления, имеют некоторые особенности, которые наблюдаются при сочетании хронического алкоголизма с любым экзогенным (но не алкогольным) и эндогенным психическим заболеванием. Так, например, при сочетании хронического алкоголизма с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом или травматической болезнью на фоне сначала делириозного, а затем делириозно-онейроидного помраченного сознания возникают зрительные и слуховые истинные и псевдогаллюцинации и остальные виды обмана чувств (в том числе и вербальный галлюциноз, аутовисцероскопические галлюцинации, рото-глоточные галлюцинации инородного тела), систематизированные бредовые идеи преследования, отравления, колдовства, величия (иногда самообвинения), психического и физического воздействия, фантастический и конфабуляторный бред, бред метаморфозы и интерметаморфозы, сенсорные, идеаторные и моторные про-

явления синдрома Кандинского-Клерамбо, деперсонализационные, дереализационные, ипохондрические, меланхолические (или маниакальные), ступороподобные явления, симптомы двойника, Капгра, расстройство схемы тела. Первоначально больные бывают дезориентированны аллопсихически, но с момента появления явлений лабильности самосознания и двойной ориентировки наступает и аутопсихическая дезориентировка. Содержание болезни носит фантастический, зоологический, мифологический, мистико-демонический, религиозно-космический характер.

При сочетании хронического алкоголизма с шизофренией наличие шизофренического процесса становится наглядным только после перенесения больными ряда приступов делириозно-онейроидного характера. В структуре болезни преобладают разнообразные систематизированные бредовые идеи и явления синдрома психического автоматизма. Болезнь, как правило, начинается с делириозного помрачения сознания. Через несколько дней делириозное состояние чередуется с онейроидным. В дальнейшем на фоне сноподобного (онейроидного) помраченного сознания неоднократно оживляются зрительные обманы, чувство радости и блаженства сменяется ощущением страха и тревоги, онейроидное состояние временами прерывается делириозными вспышками. Болезнь принимает делириозно-онейроидное течение. В межприступных периодах до 3—4-го приступа болезни на первый план выступает изменение личности по алкогольному типу, однако в далеко зашедших случаях в период ремиссии бросаются в глаза явления неопределенной тоски, внутреннего волнения, появляются и нарастают явления аутизации и эмоциональной уплощенности. Употреблением алкоголя не снимаются эти явления. Повторные приступы, спровоцированные массивной и многодневной алкогольной интоксикацией, протекают всегда в форме делириозно-онейроидного психоза, а приступы, возникающие аутохтонно (без наличия непосредственной алкогольной интоксикации)—в форме онейроидно-кататонической разновидности периодической шизофрении. При этом после прояснения сознания приступы принимают затяжное течение и протекают в форме галлюцинационной парафрении.

При сочетании хронического алкоголизма с маниакально-депрессивным психозом структура болезни протекает в форме онейроидного помраченного сознания, последнее временами прерывается делириозными вспышками и тем самым придает течению болезни делириозно-онейроидный характер. Помрачение сознания обычно возникает на фоне уже начавшейся маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза. В структуре болезни преобладают зрительные обманы, разнообразные систематизированные бредовые идеи и отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо. Как правило, фазы маниакально-депрессивного психоза начинаются раньше помраченного сознания и сразу же прекращаются после прояснения сознания. Дальнейшие приступы, спровоцированные многодневной и массивной алкоголь-

ной интоксикацией, повторяются стереотипно, а приступы, не спровоцированные алкоголем,—в форме типичного для маниакально-депрессивного психоза депрессивного или маниакального состояния. В межприступных периодах у больных бросаются в глаза изменения личности алкогольного типа, если и возникают стертые субдепрессивные или гипоманиакальные симптомы, то последние маскируются алкогольной эйфорией, их истинную природу удается уточнить только при продолжительном течении аффективных нарушений.

Тот же сложный шизофреноподобный симптомокомплекс наблюдается и при сочетании хронического алкоголизма с травматической болезнью. Еще до возникновения делириозно-онейроидных психозов у больных наблюдаются разнообразные психопатологические и неврологические проявления травматической болезни. После неоднократных приступов астено-депрессивного или тревожно-депрессивного характера при наличии отчетливо выраженных похмельных явлений возникает делириозно-онейроидное состояние. В структуре болезни преобладает то делириозный, то онейроидный тип переживания. С самого начала до конца психоза зрительные обманы сопровождаются вербальным галлюцинозом. Бредовые идеи не систематизированы, рудиментарны. В межприступных периодах всегда сочетаются признаки изменения личности и алкогольного и травматического типа (сочетание грубоватого юмора с эмоциональной лабильностью, взрывчатостью и т. д.). Повторные приступы, спровоцированные длительной алкоголизацией, повторяются стереотипно, а приступы, не спровоцированные алкогольной интоксикацией,—в форме астено-депрессивных, депрессивно-ипохондрических, депрессивно-паранойдных, субдепрессивных или гипоманиакальных состояний.

При сочетании эпилептической болезни с длительной алкогольной интоксикацией крайне редко развиваются признаки хронического алкоголизма. Это случается тогда, когда судорожные припадки прерываются в детском возрасте и снова возобновляются спустя 15—20 лет. За этот период длительное злоупотребление алкоголем приводит к развитию и хронического алкоголизма. В тех случаях, когда судорожные припадки являются обязательным спутником этой болезни, как бы массивно и длительно не оказалась алкогольная интоксикация, у эпилептиков никогда не наблюдается отчетливо выраженных признаков хронического алкоголизма. В случаях осложнения эпилептической болезни хроническим алкоголизмом психотические состояния возникают после многодневной алкогольной интоксикации. Болезнь часто начинается с делириозного помрачения сознания, но она нередко начинается и онейроидной картиной. В обоих случаях зрительные образы малоподвижны, крупны, окрашены в ярко-красный, синий или фиолетовый цвет, вместо эйфории на первый план выступают явления тоски, а временами злобы и раздражительности. Во время одного приступа делириозные и онейроидные картины часто переходят друг в друга.

Больные в период онейроидных переживаний малоподвижны или неподвижны, содержание болезни носит религиозный, зоологический и фантастический характер. Сноподобные переживания не достигают степени истинного онейроида. Всегда налицо явление сенсорной диссоциации. Явления синдрома Кандинского-Клерамбо проявляются в форме чтения мыслей, внутреннего голоса. Большой удельный вес занимают речедвигательные псевдогаллюцинации, симптом двойника часто носит сделанный характер. В остром психотическом состоянии иногда трудно определить, когда окончились делириозные переживания и когда началось онейроидное помрачение сознания. Психотическое состояние кончается внезапно обычно после глубокого и многочасового сна. Больные плохо помнят содержание периодов делириозного помрачения сознания, тогда как содержание грезоподобных (онейроидных) переживаний сохраняется в памяти полностью, их фантастические переживания имеют начало, развитие и логический конец. В межприступных периодах болезни сочетаются друг с другом признаки изменения личности и эпилептического и алкогольного типа. Первоначально возобновляются давно прерванные судорожные припадки в состоянии опьянения, похмелья или делирия. В дальнейшем, по мере учащения повторных психотических приступов, судорожные припадки с потерей сознания возникают и без употребления спиртных напитков. Дальнейшее злоупотребление спиртными напитками приводит к учащению судорожных припадков. Эпилептическая болезнь принимает злокачественное течение. От приступа к приступу больные все реже начинают употреблять спиртные напитки. В межприступных периодах доминирующими становятся изменения личности по эпилептическому типу, через 3—4 приступа повторные психотические состояния, спровоцированные многодневной алкогольной интоксикацией, протекают в форме делириозно-онейроидных психозов, а приступы, не спровоцированные алкогольной интоксикацией, — в форме сумеречного расстройства сознания или эпилептического ступора (и в этом случае онейроидное состояние не достигает степени истинного онейроида).

При сочетании хронического алкоголизма с антабусной интоксикацией картина болезни начинается с явлений оглушенности или сомноленции. В начале болезни резко выражены вазомоторно-вегетативные нарушения, явление тошноты, рвоты, поноса. Делириозное расстройство сознания развивается или на исходе оглушенного состояния или через день после исчезновения сомнолентных явлений или оглушенности. В структуре болезни зрительные, слуховые и другие обманы сопровождаются систематизированными или несистематизированными бредовыми идеями и отдельными проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо. Резко выраженное речевое и моторное беспокойство с одинаковой интенсивностью наблюдается и в период делириозного, и в период онейроидного помрачения сознания. Болезнь обычно кончается литически. И при атипичных алкогольно-антабусных психозах, по дал-

ным рядом авторов [1, 4, 6, 8], наблюдаются явления раздвоения личности [8], манерность, нелепость поведения, депрессивные, маннакальные, ступорозные явления, бред величия, кататоноподобная заторможенность, инкогерентность [1], эпизоды не только делириозного, но и сумеречного расстройства сознания [6], тактильные и висцеральные галлюцинации, расстройство восприятия собственного тела, ощущение постороннего тела во рту, явление дереализации и деперсонализации [4]. При алкогольно-антабусных психозах если и бывает трансформация психотических приступов, то наблюдается переход от делирия к делириозно-галлюцинаторному, потом к параноидному состоянию [8]. Столь сложный симптомокомплекс, по мнению этих авторов, не говорит в пользу шизофренического процесса, т. к. после выхода больных из психоза у них не наблюдается изменения личности по шизофреническому типу. При алкогольно-антабусных психозах делириозное состояние длится недолго, большой удельный вес занимают онейроидные картины, и все описанные атипичные симптомы наблюдаются только на фоне помраченного сознания.

При сочетании хронического алкоголизма с эндогенными и экзогенными (но не алкогольными) психическими заболеваниями содержание и структура делириозно-онейроидных психозов во многом сходны с делириозно-онейроидными психозами чисто алкогольного происхождения. В пользу патогенетического значения хронического алкоголизма и алкогольной энцефалопатии при возникновении описываемых психозов сложной структуры свидетельствуют следующие факты:

1. Острое начало, бурное течение и внезапный конец болезни.
2. Наличие в картине болезни типичных белогорячечных обманов чувств зоологического содержания, их аффективная окрашенность, динамичность, калейдоскопичность, макропсихический и микропсихический характер.
3. Наличие делириозного состояния не только в начале болезни, но и частые вспышки последнего (делирия) на фоне онейроидного помрачения сознания.
4. Возникновение изменения личности сложного характера (сочетание, например, изменения личности алкогольно-органического и шизофренического типа) в межприступных периодах и нарастающая астенизация от приступа к приступу.
5. Появление критики к перенесенной болезни сразу же после выхода больного из помраченного сознания, а также критическое окончание болезни (литическое окончание болезни наблюдалось только у 3 больных).
6. Частые судороги с потерей сознания (при наличии эпилептической и травматической болезни) и без потери сознания (при наличии шизофрении и циклофрении). Судороги обычно предшествуют помраченному состоянию сознания, а в редких случаях (5%) повторяются на фоне делириозного или делириозно-онейроидного состояния.

О роли комбиноза в видоизменении течения болезни говорят:

1. Частые смены экзогенных (алкогольных) и эндогенных психозов или их причудливое сочетание (в таких случаях психотическим

приступам непосредственно предшествует длительная и массивная алкогольная интоксикация).

2. Возникновение типичных приступов шизофрении, маниакально-депрессивного психоза или характерных проявлений эпилептической и травматической болезни (в таких случаях приступы болезни возникают аутохтонно, т. е. без наличия непосредственной алкогольной интоксикации в период развития приступов болезни).

3. От приступа к приступу углубляется изменение личности алкогольного и неалкогольного (шизофренического и т. д.) типа. При этом вначале эти признаки сочетаются в причудливой форме, а в далеко зашедших случаях на первый план выступают признаки изменения личности, характерные основным и наиболее прогрессивным заболеваниям (шизофрения и т. д.).

Кафедра психиатрии
ЕрГИДУВа

Поступила 11/VII 1977 г.

Կ. Գ. ԳԱՆԻՅԱՆ

ԲԱՐԴ ՍՏՐՈՒԿՏՈՒՐԱՅՈՎ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱԿՈՇՆՈՒԶՄՈՎ ԲԱՐԴԱՑՎԱԾ ՈՐՈՇ ԷՆԻՌՈԳՆԵ ԵՎ ԷԿՋՈԳՆԵ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ն փ ու լ մ

Հենվելով 290 հիվանդության դեպքերի կլինիկական և կատամնեստիկ մանրազնին հետազոտությունների վրա նկարագրվում են այն պսիխոզների կլինիկական առանձնահատկությունները, որոնք ծագում են խրոնիկական ալկոհոլիզմի պսիխոտիկ ձևի և որոշ էնդոգեն ու էկզոգեն բնույթի հոգեկան հիվանդությունների համակցման ժամանակ: Նշված պսիխոզները ունենալով բարդ էթիոլոգիա, ընթանում են ատիպիկ, բնորոշվում են դելիրային, օնելյոթիդային կամ դելիրիոզ-օնելյոթիդային բնույթի գիտակցության խանգարումներով և հոգեկան ավտոմատիզմի (Կանդինսկի-Կլեյրամբոյի սինդրոմի) բաղմամբի դրսևորումներով: Հոգեկան խանգարման այն նոպաները, որոնք ծագում են անմիջապես ալկոհոլի շարաշահումից հետո, սովորաբար ընթանում են ալկոհոլային դելիրիոզ-օնելյոթիդային պսիխոզների ձևով, իսկ այն նոպաները, որոնք ծագում են առանց ալկոհոլ օգտագործելու՝ ընթանում են շիզոֆրենիային, ցիկլոֆրենիային, տրավմատիկ պսիխոզին, էպիլեպտիկ պսիխոզին և ուրիշ հոգեկան հիվանդություններին բնորոշ հոգեախտաբանական խանգարումների ձևով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андреева В. С., Гаврилова Л. Н., Левин В. М., Решетникова Ш. В. Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова, т. 59, 1959, стр. 674.
2. Виш И. М. Труды Воронежской психиатрической клиники. Воронеж, 1934, вып. 1, стр. 62.

3. Даниелян К. Г. Канд. д-р. М., 1969.
4. Епифанов Я. С. В кн.: Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний. М., 1960, стр. 75.
5. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965, стр. 43.
6. Отто Р. А. Врачебное дело, 7, 1964, стр. 143.
7. Суханов С. А. Врачебная газета, 1906, № 23, вып. 19, стр. 613.
8. Стрельчук И. В., Воздвиженская А. И. Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова, т. 59, вып. 6, 1959, стр. 668.
9. Graeter K. Dementia praecox oder alcoholica. Leipzig, 1901.
10. Gyarfas K. Beiträge zur Frage des oneroid. Allg. Zeitschrift für Psych. und ihre Grenzgebiete. 1939, 111, 3—4, s. 232—245.
11. Gaupp K. Zur Frage der Kombinierten Psychosen. Centrabl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. № 167, 1903.
12. Mayer-Cross. Ueber das oneroid Zustandbild vers. dwestdt. Neurol. und Irrenärzte. Bad. Bdd. Mai, 1922.
13. Meynert Th. Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. Харьков, 1890, стр. 93.
14. Bonhoeffer K. Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Breslau, 1897.
15. Jacobson L. E. Ueber die Pathologie des Delirium tremens. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd.—54, 221, 1898. †
16. Vieuten V. Transitorische Aphasie bei Alkoholdelirien. Allg. Zeitschrift für Psych., IXIII, Bd.—6, 1892.