

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением алкоголем

ДМИТРИЕВА Т.Б.	академик РАМН, д.м.н., профессор, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва
ИГОНИН А.Л.	д.м.н., профессор, рук. отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва
КЛИМЕНКО Т.Б.	д.м.н., профессор, рук. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва
ПИЩИКОВА Л.Е.	к.м.н., с.н.с. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., с.н.с. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Данная статья продолжает серию публикаций Т.Б.Дмитриевой с соавторами по правовым и клиническим проблемам наркологии, начатую в № 5 журнала «Наркология» за 2002 год. Если в предыдущем, пятом, сообщении речь шла об общих принципах диагностики психотических расстройств, вызываемых психоактивными веществами (ПАВ), то в шестом и двух последующих сообщениях будут описаны психотические состояния, возникающие при злоупотреблении различными видами ПАВ. В настоящей публикации дается характеристика психотических расстройств, вызываемых наиболее распространенным в нашей стране ПАВ — алкоголем.

Клиническая картина патологического (психотического) опьянения

Патологическое опьянение относится к одной из форм так называемых исключительных состояний. Оно представляет собой сверхострое транзиторное психотическое расстройство, развивающееся на фоне алкогольной интоксикации, и характеризуется сумеречным помрачением сознания.

Важную роль в возникновении психотического опьянения играет констелляция факторов постоянной и временной “почвы” [1]. Среди факторов постоянной “почвы” выделяются органическое поражение головного мозга сложного характера, обусловленное травматическим повреждением, последствиями раннего органического поражения, нейроинфекцией, сосудистой патологией. Однако определяющими для возникновения патологического опьянения являются дополнительные, нередко случайные ослабляющие организм факторы временной “почвы”. Среди последних выделяют физическое и психическое перенапряжение, дефицит сна, психотравмирующую ситуацию с длительным или внезапным психоэмоциональным напряжением, соматическое неблагополучие, длительный запой, большое (более 500 г водки) количество употребленного спиртного и его низкое качество, резкое пробуждение от кратковременного, возникшего на фоне опьянения сна к бодрствованию (так называемое просоночное состояние).

Данное расстройство психической деятельности традиционно рассматривается в рамках исключительных состояний и никогда не включается в структуру алкогольных психозов, хотя М.С. Доброгаева [1] упоминает, что в 28% случаев оно возникает у больных хроническим алкоголизмом.

Психотическое опьянение может возникнуть сразу же или через некоторое время после приема алкоголя, на фоне предшествующего ему алкогольного опьянения. Психоз манифестирует во временном интервале 1—5 ч от начала употребления спиртных напитков. При этом количество принятого спиртного варьирует от 150 мл до 1000 мл и более в пересчете на крепкие напитки.

Выделяют epileptoидный и галлюцинаторно-параноидный варианты патологического опьянения. Однако их

выделение условно, так как из-за отсутствия или отрывочности, фрагментарности высказываний больных и последующей амнезии не всегда удается выявить наличие продуктивных психопатологических расстройств.

Для epileptoидного психотического опьянения характерны внезапное изменение сознания по типу “герметичности”, “выключенности”, нарушение ориентировки в окружающем, резкое психомоторное возбуждение, которое сопровождается аффектом безудержного гнева и ярости, автоматизированными стереотипными действиями, приводящими к чрезвычайно тяжелым агрессивным разрушительным актам с последующей тотальной амнезией всего произошедшего. В таком состоянии у больных часто отсутствуют физические признаки опьянения, напротив, они выглядят сосредоточенными, решительными, ловкими. Их лицо выражает ярость и характеризуется окружающими как “ненормальное”, “искаженное”, “бледное”, “странное”. В контакт с окружающими они не вступают, на их вопросы не реагируют, редкие лаконичные высказывания отражают имеющиеся у них аффективно насыщенные психопатологические переживания. Окружающие часто отмечают импульсивность и стереотипность их поступков, как, например, “включал и выключал фары машины”, “ездил по кругу”, “подбегал к прохожим и наносил удары”, “стрелял куда попало” и т.д.

Иногда у больных остаются воспоминания о таких элементарных недифференцированных зрительных ощущениях, как “вспышки яркого света”, “красный туман”, “цветные блики”, “телевизионная сетка”, “чернота” и т.д. По выходе из психотического состояния не сохраняются воспоминания как о реальных событиях, так и о психопатологических переживаниях. Больные относятся к совершенному ими противоправному действию с отчужденностью. Провалы памяти пытаются заполнить правдоподобными объяснениями произошедшего. Нередко вину за инкриминируемое им деяние перекалывают на лиц из ближайшего окружения. Постпсихотический этап характеризуется терминальным сном, который возникает сразу или может быть отставленным, либо состоянием оглушения.

При галлюцинаторно-параноидной, или бредовой, форме патологического опьянения отмечаются бредовые идеи и расстройства восприятия в виде иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Как и при epileptoид-

ном варианте патологического опьянения, внешне поведение больного может выглядеть как целенаправленное. Моторная сфера также не несет следов опьянения. Движения таких лиц быстры, уверенны, четки. Речевая продукция отрывочная, лаконичная, носит характер угроз, приказаний и отражает психотические переживания. Психоз характеризуется яркими красочными обманами восприятия и образным бредом преследования, воздействия, уничтожения. В картине расстройства сознания отмечаются истинные зрительные галлюцинации и иллюзии устрашающего характера. Внезапно близкие и родные больного меняют свой облик, их внешность приобретает устрашающий вид, глаза “наливаются кровью”, “светятся дьявольским светом”, у них вырастают “клыки, как у вампира”, тело “покрывалось чешуей”. Голос знакомого человека становится незнакомым, “ужасным”, от него “холодеет сердце”, “мурашки бегут по коже”. Отмечается быстрая панорамная смена идентификации личности, что соответствует психопатологической картине иллюзий интерметаморфозы. Часто галлюцинаторно-бредовой синдром имеет теологическое или демоническое содержание. В высказываниях больных упоминаются сатана, вампиры, демоны, оборотни, колдуны, инопланетяне и т.д. Аффект у этих больных характеризуется страхом, ужасом, желанием во что бы то ни стало “спастись”. В контакт с окружающими лицами они не вступают. По окончании психоза у больных сохраняются отрывочные воспоминания об иллюзиях и галлюцинациях, о том, что они “оборонялись” от различных существ, которые угрожали их жизни, однако отсутствуют воспоминания, касающиеся реальных событий.

По мнению М.С. Доброгаевой, этот вид патологического опьянения близок по своим психопатологическим проявлениям к делириозной форме патологического опьянения, выделенной еще К. Бонгеффером. Наличие ярких зрительных обманов восприятия приближает его к делирию. Данное обстоятельство, по мнению М.С. Доброгаевой, свидетельствует о сложности и условности разграничения расстройств сознания и о наличии смешанных и переходных между ними форм.

Общим для всех форм патологического опьянения является их критическое окончание через терминальный сон или выраженное психофизическое истощение, достигающее иногда степени прострации, с полным безразличием к окружающему и собственному состоянию. Астенические расстройства, наблюдаемые в постпсихотическом состоянии, сопровождаются массивными вегетативными реакциями, достигающими иногда до степени “вегетативной бури”, с сердцебиением, обильным потоотделением, повышением артериального давления, выраженным тремором конечностей.

Характерно ощущение чуждости содеянного, которое, однако, зависит от глубины и тотальности амнестических расстройств. Если по окончании психоза у больного сохраняются отрывочные воспоминания о психопатологических переживаниях во время психоза, ощущения чуждости содеянного у него не отмечается. В некоторых случаях наблюдаются элементы отсроченной (ретардированной) амнезии, когда в первые минуты после прояснения сознания больные сохраняют воспоминания о случившемся, а через некоторое время полностью их амнезируют.

Клиническая картина алкогольного делирия

Делирий (белая горячка) — галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных

галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, изменчивого аффекта, в основном страха, двигательного возбуждения. Оно может развиваться как в первые дни абстинентного синдрома, так и в состоянии алкогольного опьянения.

Возникновению психоза предшествует продромальный период (от одного дня до нескольких недель). Он характеризуется появлением или усилением раздражительности, эмоциональной несдержанности, повышенной утомляемости, физической слабости, непереносимости яркого света, громких звуков. Одновременно нарастают вегетативные расстройства, которые проявляются тахикардией, тремором конечностей, потливостью. На этом фоне у больных возникают немотивированная тревога, страх, усиливается двигательное возбуждение, появляются депрессивные расстройства. Сон становится поверхностным, беспокойным, с кошмарными сновидениями и частыми пробуждениями. Перед засыпанием могут наблюдаться элементарные слуховые обманы восприятия в виде звонков, шагов, окликов. В ряде случаев при закрытых глазах больные видят фрагментарные образы людей, животных. Иногда развитию психоза предшествуют развернутые судорожные припадки.

В дальнейшем в вечернее и ночное время нарастает дезориентировка в месте и времени, при ее сохранности в собственной личности. Вместе с тем, усиливается аффект тревоги и страха. На фоне бессонницы в вечернее и ночное время возникают истинные зрительные обманы восприятия. Они характеризуются сценopodobностью, изменчивостью, подверженностью всевозможным превращениям. Зрительные образы бывают подвижными, надвигающимися на больных и имеют устрашающий характер. Они могут быть единичными и множественными, бесцветными и ярко окрашенными, уменьшенными (микроптическими), увеличенными (макроптическими), иметь зоологический характер (зооптическими), а также характерный для алкогольного делирия вид паутины, нитей, спиралей и т.д.

Больные видят крупных агрессивных фантастических животных, мелких насекомых, червяков, ящериц, змей. Впоследствии к зрительным присоединяются и тактильные обманы восприятия. Больные ощущают что-то прикосновения, стряхивают мелких насекомых, бегающих по их коже, снимают опутывающие их тело нити. Вслед за зрительными возникают слуховые галлюцинации, тесно связанные со зрительными по содержанию. Часто галлюцинаторные феномены бывают не просто разнообразными, а сложно-сочетанными, комбинированными [2]. Воображаемые “звери” рычат, пытаются схватить, укусить больного, “чертик” бежит по руке, “хихикает”. Нередко наблюдаются иллюзорные метаморфозы, когда на глазах больного, например, из живота вырастает “чешуйчатая головка вурдалака”, из тела жены “выползает ящерица”. Содержание галлюцинаторных расстройств носит угрожающий больному характер.

В дальнейшем появляются бредовые высказывания персикаторного характера, с преобладанием бреда преследования. Реже отмечаются бредовые идеи отравления, ревности, отношения. Для возникновения бредовых идей ревности определяющими являются иллюзорно-галлюцинаторные расстройства эротического содержания. В целом бредовые идеи не имеют тенденции к генерализации, отличаются образной конкретностью, аффективной насыщенностью, нестойкостью и полностью зависят от галлюцинаторных феноменов.

В вечернее и ночное время при нарастании аффекта тревоги и страха могут возникать элементы синдрома психического автоматизма (идеаторный компонент). Больные начинают связывать появление зрительных и слуховых обманов восприятия с воздействием космических лучей, исходящих от “инопланетной аппаратуры”; считают, что ими управляют “неведомые силы”; полагают, что их мысли прослушиваются, читаются, становятся известными для окружающих. Подобные бредовые идеи носят отрывочный характер, конкретны по содержанию, транзиторны, никогда не складываются в законченную картину синдрома Кандинского—Клерамбо и исчезают в первую очередь при ослаблении основной делириозной симптоматики.

Для течения алкогольного делирия характерно альтернирующее нарушение сознания, с ослаблением симптоматики в дневное время и усилением ночью. Днем в течении психоза появляются так называемые люцидные промежутки, когда больные вступают в контакт с окружающими, осознают болезненность своих переживаний. В это время в картине психоза могут наблюдаться лишь единичные слуховые обманы восприятия и отрывочные бредовые идеи.

В судебно-психиатрической практике нередки случаи, когда на фоне дополнительного приема спиртных напитков у больных усложняется делириозная симптоматика, усиливается психомоторное возбуждение, появляется полная дезориентировка в месте и времени. В контакт с окружающими они не вступают, на их вопросы не реагируют. Об имеющихся у них психопатологических переживаниях свидетельствуют выражение ужаса и страха на лице, а также отрывочные бредовые высказывания. В таком состоянии больные обороняются, прячутся, нападают, совершают немотивированные агрессивные действия в отношении лиц из ближайшего окружения. При этом преобладают брутальный аффект ярости, страха, хаотичные двигательные разряды. В последующем отмечается критический выход из психоза с полной амнезией реальных событий и болезненных расстройств этого периода и выраженной астенией. Продолжительность подобных состояний не превышает 1-2 ч, по глубине и структуре помрачения сознания их психопатологическая картина приближается к сумеречным расстройствам сознания.

Алкогольный делирий может протекать кратковременно (в течение 1—2 сут) и характеризоваться неразвернутой клинической картиной. Зрительные галлюцинации в таких случаях непостоянны и фрагментарны. Доминирующими в клинической картине психоза оказываются выраженные аффективные расстройства с тревогой и страхом, а также бредовые идеи преследования, отражающие фрагментарные обманы восприятия. Психоз завершается глубоким сном и последующим полным восстановлением критического отношения к перенесенному психическому состоянию.

При протрагированном течении делирия (3-6 нед) после окончания острого периода психоза и восстановления всех видов ориентировки у больных сохраняются аффект страха, тревоги, пониженное настроение. В вечернее и ночное время при засыпании у них возникают гипнагогические галлюцинации, характеризующиеся фрагментарностью и несистематизированностью. Выход из психоза происходит литически на протяжении нескольких дней. В постпсихотическом состоянии у таких больных наблюдается астеническая симптоматика в виде повы-

шенной утомляемости, сонливости, раздражительной слабости с явлениями гиперестезии, снижения концентрации внимания.

В 90% случаев алкогольный делирий протекает непрерывно, реже — в виде делириозных приступов. Продолжительность алкогольного делирия — от 2 до 8 дней.

Клиническая картина алкогольного галлюциноза

Алкогольный галлюциноз обычно развивается на фоне ясного сознания с полной ориентировкой в месте, времени, собственной личности и проявляется преимущественно истинными слуховыми галлюцинациями. В большинстве наблюдений психоз дебютирует на фоне абстинентных расстройств, реже — на высоте запоя при приеме массивных доз спиртных напитков.

В продромальном периоде у больных отмечаются астенические нарушения с повышенной утомляемостью, раздражительностью, аффективной лабильностью, выраженными вегетативными расстройствами (тремор конечностей, сердцебиение, потливость).

В дальнейшем на фоне расстройств сна появляются элементарные галлюцинаторные феномены (тиканье часов, звонки в дверь, по телефону), которые сменяются функциональными галлюцинациями (голоса на фоне шума проезжающего транспорта, работающего холодильника и т.д.), имеющими нейтральное для больного содержание. После этого возникает собственно галлюциноз, с множеством вербальных галлюцинаций полифонического характера, комментирующего, императивного, угрожающего содержания. Его развитие сопровождается выраженным аффектом тревоги с приступами страха и психомоторным возбуждением. В большинстве случаев “голоса” слышатся из реального пространства (из-за двери, из окна, из-за стены) и сопровождаются формированием галлюцинаторного бреда, тесно связанного по содержанию с преобладающими слуховыми галлюцинациями.

Бредовые идеи носят персекуторный характер и отличаются фрагментарностью, отрывочностью, несистематизированностью, вторичным характером по отношению к основному синдрому вербального галлюциноза. Иногда в структуре бредовых переживаний встречаются бредовые идеи ревности, содержание которых бывает “подсказано голосами”. Сочетание галлюцинаторных и бредовых расстройств с выраженным аффектом страха на первом этапе галлюциноза зачастую вызывает реакцию “осадного положения”, когда больные баррикадируют свои жилища, пытаются спастись от мнимых преследователей. На следующем этапе они сами превращаются в преследователей, нападают на случайных лиц якобы с целью самообороны. В таком состоянии все окружающее трактуется ими в угрожающем смысле.

Иногда одновременно со слуховыми галлюцинациями в вечернее и ночное время возникают эпизоды делириозного расстройства сознания. Делириозные включения объединяются с вербальным галлюцинозом общей тематикой, повторяя содержание “голосов”.

Редукция психопатологической симптоматики в большинстве случаев происходит критически, после глубокого сна. Гораздо реже наблюдается постепенное уменьшение, а затем и полное исчезновение вербальных галлюцинаций с одновременным ослаблением напряженности аффективных расстройств. В последнюю очередь редуцируются бредовые идеи. Длительность психоза — от нескольких дней до месяца.

Часто при продолжении употребления спиртных напитков вербальный галлюциноз имеет тенденцию к рецидивированию и хроническому течению.

Протрагированный галлюциноз может длиться от 1 до 6 мес. В его клинической картине могут доминировать как галлюцинаторные, так и аффективно-бредовые состояния. Редукция психотических переживаний происходит медленно и начинается, как правило, с аффективных расстройств.

Диагноз хронического галлюциноза ставится при его продолжительности не менее 6 мес.

Клиническая картина алкогольного параноида

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) — алкогольный психоз с преобладанием образного бреда преследования, аффекта страха, двигательного возбуждения и отдельных сенсорных расстройств.

Подобно алкогольному делирию и галлюцинозу он в большинстве случаев развивается на фоне абстинентных расстройств, реже — на фоне алкогольной интоксикации. Продромальный период (2-3 дня) характеризуется либо клиникой тяжелого абстинентного синдрома, либо выраженными массивными вегетативными и астеническими расстройствами, среди которых преобладают тремор конечностей, головные боли, нарушения сна, повышенная утомляемость на фоне лабильного аффекта с преобладанием депрессивных расстройств и неопределенных тревожных опасений.

Психоз развивается остро и определяется образным бредом преследования. Внезапно у больных появляется непоколебимая уверенность, что их жизни угрожает опасность. Источник опасности они видят в окружающих людях, каждый из которых может быть потенциальным преследователем. При встрече с незнакомыми людьми у больных возникает уверенность, что они их уже где-то видели. Им кажется, что все происходящее вокруг имеет к ним непосредственное отношение, что за ними следят сотрудники милиции, “члены мафии”. Бредовое толкование окружающего сопровождается его иллюзорным восприятием. В нейтральных репликах незнакомых людей больные слышат непосредственные угрозы в свой адрес, им кажется, что окружающие на них смотрят, при этом они испытывают страх, достигающий нередко степени ужаса. В таком состоянии они убегают, прячутся, баррикадируются в помещениях, обращаются к сотрудникам милиции с просьбой спасти их от преследователей. На этом фоне у некоторых больных в вечернее время возникают элементарные зрительные иллюзии и галлюцинации, слуховые галлюцинации (стуки, шорохи, шаги, отдельные слова), редуцированные делириозные расстройства с видением образов преследователей.

Очень часто острые алкогольные параноиды возникают во время длительных поездок на транспорте (обычно по железной дороге), что сближает клинические проявления описываемых психотических состояний с параноидами “внешней обстановки” [3].

Выход из психоза происходит постепенно с исчезновением, в первую очередь, слуховых и зрительных обманов восприятия. Критика восстанавливается на протяжении длительного времени (1—3 мес), при этом может отмечаться резидуальный бред.

Течение алкогольного параноида обычно острое. Однако возможно и затяжное течение. Это проявляется в постепенном изменении клинической картины психоза. Уменьшается интенсивность страха, наступает некоторая

систематизация бреда, возникают конкретные представления о мотивах преследования, нормализуются внешние формы поведения.

Клиническая картина алкогольного бреда ревности

Алкогольный бред ревности относится к хроническим алкогольным психозам с преобладанием первичного паранойального бреда.

Как правило, психоз развивается на фоне многолетнего непрерывного пьянства с явлениями деградации личности. Он встречается исключительно у мужчин с психопатическими чертами характера в виде эгоцентризма, стеничности, недоверчивости, чрезмерной требовательности.

Формированию бредовых идей ревности обычно предшествует этап психопатоподобного изменения личности. Свойственные больным преморбидные особенности характера, обычно паранойального круга (с усилением аффективной ригидности, застреванием на малозначимых психотравмирующих ситуациях, легко возникающими сверхценными идеями, грубой прямолинейностью, возбудимостью, конфликтностью), “заостряются” в период алкогольных эксцессов. Появляются отдельные идеи ревности, носящие характер сверхценных образований. На этом этапе развития психоза они связаны по содержанию с реальными жизненными ситуациями, психологически объяснимы, правдоподобны и не выходят за рамки собственного этим больным личностного типа реагирования. Прекращение употребления алкоголя сглаживает сверхценные образования, а в состоянии опьянения ревнические подозрения усиливаются вновь.

В дальнейшем постепенно исчезает связь бредовых интерпретаций с реальными фактами. Этому способствуют и различные объективные психотравмирующие ситуации: намеки знакомых на неверность жены, загруженность больных на работе, длительные командировки, семейные конфликты, возникающие в связи с хроническим алкоголизмом сексуальные проблемы. Происходит постепенная “кристаллизация” бредовых построений. Поведение больных начинает определяться поиском доказательств бредовой концепции и сопровождается эмоциональной напряженностью, подозрительностью, тревогой. Нарастает уверенность в изменах жены, ей предъявляются все более нелепые доказательства этого. Процесс систематизации бреда сопровождается появлением отдельных иллюзорных восприятий, интерпретируемых как доказательства измены. Так, в пятнах на постельном белье больные видят “следы полового акта”, случайные шумы расценивают как “шаги” мнимых любовников. На улице больным кажется, что окружающие подмигивают и смеются над ними.

Бредовые идеи отличаются конкретностью, узостью содержания, крайней нелепостью, имеют тенденцию к расширению круга мнимых любовников жены и их сообщников. В дальнейшем появляется бредовая переоценка прошлого с уверенностью, что жена изменяла и раньше, и детей родила от любовников.

В кругу семьи больные становятся грубыми, эгоцентричными, расторможенными в своих сексуальных домогательствах. Их аффективные реакции характеризуются лабильностью с преобладанием злобности, вспыльчивости и сменяются эмоциональной подавленностью и депрессивными расстройствами. В таких состояниях больные нередко совершают суицидальные действия, часто с

демонстративными целями, чтобы привлечь внимание жен.

На фоне длительной алкогольной интоксикации и в случаях присоединения соматического неблагополучия у таких больных в вечернее и ночное время в рамках редуцированных делириозных расстройств нередко возникают единичные иллюзорно-галлюцинаторные переживания зрительного и слухового характера, окрашенные эротическим содержанием. Они бывают тесно связаны с содержанием бредовых идей и “подпитывают” их. Так, больные могут увидеть на кровати очертания тел жены и ее любовника, обнаружить на полу следы посетителей, заметить за окном их “мелькающие” лица. Одновременно больные слышат доносящиеся из комнаты жены мужские голоса, а на улице преследуют и ищут спрятавшихся соперников.

На высоте систематизации бред перестает быть монотематическим. К бредовым идеям ревности присоединяются идеи отравления, колдовства и преследования. Как правило, они развиваются в рамках бреда ревности и логически вытекают из него. Так, больные уверены, что жена пытается их убить, заколдовать, отравить, в доказательство этого приводят нелепые факты, сообщая, например, о том, что после еды испытывают сонливость или неприятные ощущения в животе.

При прекращении злоупотребления алкоголем интенсивность бреда постепенно ослабевает, однако полного критического осмысления своего поведения и бредовых высказываний не отмечается. Больные демонстрируют формальную критику к своему поведению в прошлом, признаются в любви к жене, просят у нее прощение. В то же время они заявляют, что “Бог жене судья”, что они уже “простили жену за измену” или, что жена “остепенилась”.

В состоянии алкогольного опьянения или на фоне абстинентных расстройств происходит обострение психопатологической симптоматики, что может приводить к совершению тяжких общественно опасных действий.

Клиническая картина алкогольных энцефалопатий

Алкогольные энцефалопатии — это группа алкогольных психозов, при которых психические нарушения сочетаются с системными соматическими и неврологическими расстройствами. Алкогольные энцефалопатии развиваются на фоне алкоголизма продолжительностью от 5 до 20 лет и более. Заболевают преимущественно мужчины в возрасте 30–50 лет, употребляющие крепкие вина и суррогаты алкоголя.

Острая алкогольная энцефалопатия (энцефалопатия Гайе—Вернике), как правило, начинается с тяжело протекающего делирия с глубоким помрачением сознания, бедными по содержанию единичными иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами, монотонными, лишенными оттенков и напряженности аффективными нарушениями, хаотичным возбуждением в пределах постели. Больные выкрикивают невнятные слова, бормочут, перебирают руками одежду. Иногда помрачение сознания принимает характер аменции с полной инкогерентностью мышления. В неврологическом статусе определяются гипертермия, офтальмоплегия, нистагм, атаксия, разнообразные гиперкинезы, симптомы орального автоматизма.

В дневное время картина болезни определяется нарастающим оглушением. Больные заторможены, апатичны, обнаруживают грубые нарушения памяти. Если в остром периоде не наступает гибель больного, то через несколь-

ко недель описанные нарушения постепенно угасают, с возобновлением редуцированной психотической симптоматики в вечернее и ночное время.

Хронические алкогольные энцефалопатии (корсаковский психоз, алкогольный паралич) обычно развиваются после перенесенного тяжелого делирия или острой энцефалопатии Гайе—Вернике. Описаны случаи, когда энцефалопатия нарастала постепенно на фоне многолетнего систематического употребления спиртных напитков. В формировании энцефалопатии принимают участие, кроме перечисленных, такие факторы, как травматическое поражение головного мозга, сосудистые заболевания (атеросклероз, гипертоническая болезнь).

Клиническая картина описываемых состояний характеризуется выраженным интеллектуально-мнестическим и эмоционально-волевым дефектом и проявляется корсаковским амнестическим симптомокомплексом. В его структуре ведущее место занимают расстройства памяти, проявляющиеся нарушением фиксации и репродукции, дезориентировкой в месте и времени (при ее сохранности в собственной личности). Больные не понимают, где они находятся, не могут определить время года и суток, не запоминают имени врача, не знают, чем их кормили накануне и ели ли они вообще, не могут найти свою палату и кровать, не помнят, куда убрали свои вещи, не способны правильно оценить время, проведенное в стационаре. Больные не помнят событий последних лет своей жизни, у них наблюдается тенденция к стиранию объема памяти в соответствии с законом Рибо, т. е. постепенно из памяти исчезают события, предшествующие заболеванию. Пробелы в памяти заполняются ложными воспоминаниями или реальными фактами из прошлой жизни. Между тем иногда у них сохраняются наиболее автоматизированные навыки. Так, некоторые больные хорошо играют в шахматы и шашки и даже выигрывают у других.

У больных с алкогольной энцефалопатией присутствует относительное осознание болезни. Так, они пытаются скрыть дефекты памяти, раздражаются, если их несостоятельность выявляется в заданиях эксперимента. Наряду с этим грубо нарушается способность к концентрации внимания, отмечается глубокое обеднение умственной деятельности с резким снижением критики и уровня суждений, распадом категориального мышления, олигофазией. Больные ни к чему не проявляют интереса, почти все время проводят в постели, но оживляются при обсуждении алкогольных тем. Эмоции характеризуются полиморфизмом проявлений с лабильностью аффекта от депрессии к эйфории, с реакциями раздражения, гнева и злобы.

При употреблении алкогольных напитков у таких больных нередко возникают эпизоды с редуцированной психотической симптоматикой, проявляющиеся отрывочными идеями преследования, отношения, отравления, материального ущерба, колдовства, величия. Психотическая симптоматика отличается незавершенностью и рудиментарностью. Бредовые идеи имеют черты “малого размаха” (малая масштабность, конкретность, правдоподобие) и носят обыденный характер. Наблюдается направленность бреда преимущественно на конкретных лиц из ближайшего окружения больного, без тенденции к его усложнению. На фоне употребления спиртных напитков происходит дальнейшее углубление интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений со склонностью к антисоциальному поведению.

Неврологические расстройства проявляются полиневроритами конечностей, атрофией мышц, нарушением чув-

ствительности, ослаблением или отсутствием сухожильных рефлексов.

Особенности алкогольных психозов в судебно-психиатрической практике

У больных, поступающих на судебно-психиатрическую экспертизу, острые алкогольные психозы отличаются атипичностью клинической картины [4] и смешанной психопатологической симптоматикой (зрительные и слуховые обманы восприятия, бредовые идеи воздействия, преследования, ревности, отравления, элементы синдрома психического автоматизма), что затрудняет их разделение по традиционным формам. В клинической картине психозов наблюдается трансформация различных синдромов в течение одного приступа, развитие в их структуре кратковременных (1-2 ч) эпизодов сумеречного помрачения сознания с психомоторным возбуждением, выраженным аффектом страха, полной амнезией событий этого периода и последующими астеническими расстройствами. При психозах с галлюцинаторной и параноидной клинической картиной нередко возникают кратковременные делириозные состояния. Независимо от варианта психоза психопатологические переживания больных этой группы отличаются яркостью, конкретностью, тесно связаны с реальными событиями, а бредовые идеи лишены систематизации.

Хронические алкогольные психозы, по поводу которых больные экскулируются, характеризуются волнообразным течением с периодическим ослаблением или обострением психотической симптоматики. Для хронических психозов с галлюцинаторно-параноидной и параноидной структурой характерны атипичная и полиморфная клиническая картины с эндоформной симптоматикой и

элементами синдрома Кандинского—Клерамбо, тенденция к систематизации бреда, включение в его фабулу бредовых идей преследования, отношения, отравления, колдовства, ревности, делириозные расстройства сознания.

Изменения личности у больных, перенесших алкогольные психозы

Если у больных алкоголизмом в анамнезе выявлены алкогольные психозы, то у них обычно наблюдается психоорганическое снижение различной глубины — от более легкого и специфичного только для алкоголизма до более тяжелого и характерного для всех экзогенно-органических процессов в целом. Они представлены следующими типами личностных расстройств: специфическими “алкогольными”, астеноневротическими, психопатоподобными, с резидуально-психотической симптоматикой, состояниями с преобладанием психоорганического синдрома и слабоумием. Чем больше проявляется тенденция к рецидивированию и хроническому течению психозов, тем более глубокие изменения личности отмечаются у больных алкоголизмом.

Список литературы

1. Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д. м. н. — М., 1989. — 44 с.
2. Рыбальский М.И. Бред. — М.: Медицина, 1993. — С. 368.
3. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 319 с.
4. Морозов Г.В. Клиника алкогольного опьянения // Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1983. — С. 30—47.

PSYCHOTIC STATES PRODUCED BY ALCOHOL ABUSE

The paper is continuing a range of communications prepared and published by T.B.Dmitrieva with co-authors on juridical and clinical problems of narcology. It was open from number 5, 2002 of “The Narcology” special medical magazine. In previous, fifth communication the general principles of diagnostics of psychotic disorders induced by psychoactive drugs were debated and cleared. In sixth as well as in two next communications psychotic states induced by different kinds of psychoactive substances will be described. In this paper characteristics of spreading psychoactive substances in Russia is presented.