

О соотношениях алкоголизма и алкогольных психозов у женщин

АЛЬТШУЛЕР В.Б.

д.м.н., профессор, рук. отделения клинических исследований алкоголизма, Национальный научный центр наркологии Росздрава, Москва

ЛУКИН А.А.

аспирант отделения клинических исследований алкоголизма, Национальный научный центр наркологии Росздрава, Москва

Сопоставлены основные клинические параметры алкоголизма у женщин, осложнившегося алкогольными психозами, с известными клиническими закономерностями непсихотического алкоголизма. Установлено, что женский алкоголизм с психозами отличается медленным формированием, стертой и неполным развитием признаков зависимости от алкоголя (патологическое влечение, абстинентный синдром) и преобладанием в клинической картине токсикогенной симптоматики над аддиктивной. В качестве клинических особенностей алкогольных психозов отмечены абортный характер галлюцинаторных нарушений, преобладание неглубоких степеней угнетения сознания у больных с делирием, изменчивость, полиморфизм и смешанный характер психических расстройств, склонность к развитию резидуального бреда.

Введение

Изучение алкогольных психозов так или иначе связывалось с выявлением особенностей алкоголизма у больных с психозами. Это касается наследственной отягощенности, преморбида, возраста начала, длительности и тяжести течения допсихотического этапа алкоголизма. Конечная цель таких разработок — ответить на вопрос о причинах возникновения психозов у одних больных при отсутствии их у других. Результаты проводившихся клинических исследований можно охарактеризовать как неоднозначные. Указывается, в частности, на сравнительно большую давность алкоголизма [2], хотя есть мнение, что для возникновения психоза достаточно и коротких сроков [9, 13]. Преобладает точка зрения о большой тяжести алкоголизма, который осложнился алкогольными психозами [4].

Алкоголизм у женщин, как известно, отличается рядом клинических и патогенетических особенностей, к которым относятся высокая прогрессивность [11], периодичность (запойный тип) течения [5], повышенная чувствительность к разрушительному действию алкоголя на головной мозг (Тучкова М.Е., 2004), сравнительно небольшая роль наследственного фактора в генезе заболевания [12].

В связи с этим представляют интерес клинические аспекты люцидного, т.е. непсихотического, алкоголизма у женщин, стационарированных по поводу алкогольных психозов. Кроме того, в затронутом аспекте могут иметь значение и сами по себе психозы, их клинические особенности в сопоставлении с симптоматикой и течением алкоголизма.

Обобщенные клинические данные

По нашим данным, преобладающий возраст таких больных 40—50 лет. Порой он превышает 60 лет, но бывает и моложе 30 лет. Это означает, что алкогольные психозы — удел сравнительно старших возрастов среди больных алкоголизмом женщин.

В большинстве случаев имеется семейная отягощенность алкоголизмом, чаще — по отцовской линии (до 50% больных), реже по материнской (до 15%), еще реже — по обоим линиям (около 7%).

Лишь в единичных случаях, составляющих доли процента, отмечены алкогольные психозы у родителей (отцы)

наших больных, что контрастирует с положением [10] о важной роли генетического фактора в возникновении алкогольных психозов. Это в особенности касается больных алкогольным делирием, который, согласно R. Wyss (1960 г.), наблюдается в 7 раз чаще среди родственников больных с делирием, чем среди родственников алкоголиков без делирия. Возможно, здесь проявляется одно из отличий женского алкоголизма с психозами.

Данные о преморбидных личностных особенностях больных обращают на себя внимание сравнительно большой пропорцией шизоидных черт (до 25%). Столько же приходится на долю синтонных личностей; преобладают же (около 35%) неустойчивые. Заметное место (около 15%) занимают и эпилептоиды.

Алкоголизм характеризуется, прежде всего, сравнительно поздним началом. Возраст больных в период формирования алкоголизма 35—40 лет, что гораздо старше, чем в среднем (28—35 лет). Другой нередкой особенностью женского алкоголизма, осложнившегося алкогольным психозом, является его малая прогрессивность, т.е. замедленное формирование кардинальной симптоматики заболевания. Скорость этого процесса, как известно, измеряется временем, истекшим от начала систематического злоупотребления алкоголем до возникновения устойчивого симптома утраты количественного контроля или до формирования алкогольного абстинентного синдрома. В этом отношении в интересующем нас контингенте больных могут быть значительные индивидуальные различия в ту или иную сторону, однако преобладают (около 60%) сроки в 10—15 лет, что резко контрастирует с обычной для женщин скоростью формирования начала болезни (1,5—3 года).

Столь длительное время «безнаказанного» злоупотребления алкоголем на самом деле является основой развития в доболезненном периоде разнообразной соматоневрологической патологии. На это в свое время указывали результаты исследований М.И. Лукомской [6], согласно которым, у больных малопрогрессивным алкоголизмом токсикогенная симптоматика болезни находится на переднем плане и преобладает над аддиктивной симптоматикой, т.е. над признаками зависимости.

Возможно, что именно по этой причине у женщин с алкогольными психозами, несмотря на относительно небольшую давность алкоголизма (в половине случаев —

от 5 до 8 лет, а в четверти случаев от 2 до 4 лет), поголовно отмечаются явные клинические признаки полиневропатии (снижение болевой, температурной, тактильной и вибрационной чувствительности в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, снижение сухожильных рефлексов, особенно ахилловых). Кроме того, при отсутствии у большинства больных анамнестических указаний на перенесенные в прошлом органические поражения ЦНС практически у всех, за единичными исключениями, обнаруживаются ствольные, мозжечковые и даже пирамидные нарушения (нистагм, вялость реакции зрачков на свет, аккомодацию и конвергенцию, нарушения статики и координации, патологические рефлексы), говорящие о развитии токсической энцефалопатии.

Необходимо заметить, что среди наблюдавшихся нами больных не было лиц, употреблявших суррогаты алкоголя или самогон. Все они пользовались алкогольными напитками, приобретенными в продовольственных магазинах, и в этом отношении не отличались от прочих больных алкоголизмом.

Что же касается признаков зависимости от алкоголя (патологическое влечение, абстинентный синдром), то их далеко не всегда характеризует значительная интенсивность. Так, патологическое влечение к алкоголю в большинстве случаев проявлялось поглощением довольно умеренных количеств спиртного (250—300 мл водки), не сопровождавшимся утратой количественного контроля и не приводившим к тяжелому опьянению, преобладанием коротких (3—4 дня) запоев, использованием слабых напитков для опохмеления. Правда, встречаются и исключения: с большими дозами потребляемого алкоголя (до 1,5 л водки за сутки) и с продолжительными запоями или с многомесячным ежедневным пьянством; однако такие случаи составляют меньшинство.

Хотя, как известно, алкогольные психозы по большей части родственны абстинентным состояниям, а алкогольный делирий, согласно МКБ-10, считается даже вариантом течения абстинентного синдрома, у женщин, перенесших алкогольные психозы, в том числе алкогольные делирии, в целом ряде наблюдений можно отметить либо отсутствие сформированного алкогольного абстинентного синдрома, либо стертость и незавершенность его симптоматики. Когда же имеет место развернутый абстинентный синдром, в его клинической картине, наряду с вторичным патологическим влечением к алкоголю, выделяется тяжелая токсикогенная симптоматика, говорящая о нарушении функций печени (тошнота, рвота, жидкий стул и др.). Это еще раз указывает на негативную роль длительного доболлезненного злоупотребления алкоголем, характеризующего малопрогрессирующий алкоголизм и ведущего к накоплению соматоневрологической патологии еще до манифестации самого алкоголизма.

Таким образом, дать обобщенную и однозначную характеристику женскому алкоголизму, осложнившемуся алкогольными психозами, едва ли возможно, однако наличие заметных особенностей, отличающих его от люцидного алкоголизма, не вызывает сомнений. И хотя они имеют статистический, не абсолютный, характер, среди них следует назвать малую прогрессиентность и небольшую давность заболевания, а также стертость и незавершенность его аддиктивной симптоматики (патологическое влечение к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром), преобладание над ней токсикогенных нарушений.

Целесообразно представить наши данные дифференцированно, по отдельным психозам. При этом следует

оговориться, что такое разделение оказалось затруднительным в связи со смешанным характером симптоматики большинства психозов, а также по причине превращений одной клинической картины в другую на разных временных этапах, что вообще характерно для алкогольных психозов. В этом отношении от общей массы психозов легче отграничить алкогольные галлюцинозы, которые существенно отличаются отсутствием формальных нарушений сознания.

По данным Е.П. Соколовой [8], алкогольные психозы у женщин в целом характеризуются сравнительно большой долей острых галлюцинозов. Похожую закономерность можно заметить и в нашем контингенте больных женщин, в котором острые вербальные галлюцинозы составляют 35% всех психотических расстройств.

Результаты клинических наблюдений

В ряде случаев острый алкогольный галлюциноз с самого начала имеет вполне типичный характер. В качестве клинического примера такого состояния послужит наблюдение, которое следует рассматривать сквозь призму допсихотического этапа алкоголизма.

Больная Б., 54 лет. Наследственность алкоголизмом и другими психическими заболеваниями неотягощена. Имеет среднее образование, замужем, двое детей, не работает. В преморбиде — малообщительность, скрытность, обидчивость, впечатлительность, молчаливость. Серьезно не болела. С началом климактерического периода, в возрасте 43 года, стала злоупотреблять алкоголем — выпивала 1—2 раза в неделю до 1,5 л портвейна, испытывая в опьянении приятное расслабление и успокоение. В 50-летнем возрасте начала опохмеляться, так как после алкогольных эксцессов ее беспокоили слабость, разбитость, бессонница, чувство страха. С этого времени пьет запоями по 5—7 дней с интервалами до 1 мес., употребляет сухое вино в количествах, эквивалентных 0,5 л водки. По окончании последнего запоя перестала спать, испытывала страх; спустя сутки появились непрерывные «нудные» голоса и музыка. «Голоса» угрожали расправой, комментировали ее поведение, отвечали ее мыслям, пели песни; они принадлежали незнакомцам и родственникам, доносились от соседей, из-за окна, из автомашин, не давали заснуть. Когда «голоса» и «музыка» надоедали ей, больная громко кричала: «Хватит одно и то же заводить, могли бы что-нибудь другое придумать!». В стационаре, уже на следующий день после начала терапии (транквилизаторы, сернокислая магнезия, витамины), галлюцинации прекратились, сон нормализовался, однако больная пришла к выводу, что «голоса» и «музыка» записаны на магнитофон, что ее квартира и телефон прослушиваются, что этим занимается группа людей с целью ограбить и убить ее семью. В дальнейшем больная на протяжении месяца продолжала высказывать подобные суждения. Самочувствие, сон и аппетит оставались хорошими, но объективно отмечались стойкие неврологические нарушения (горизонтальный и вертикальный нистагм, вялость реакций зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию, нарушения статики и координации, признаки полиневропатии), противоречивость суждений о собственном пьянстве, неспособность объяснить многие детали случившегося, слабодушие, неполное сознание болезни. Вместе с отсутствием критики имеют место полная доступность по существу болезненных переживаний и эмоциональная откликаемость. К концу двухмесячного лечения (трифлуоперазин, ноотропы, биотредин, витамины) критика к своему состоянию восстановлена, появилась установка на трезвость.

Подводя итог данному наблюдению, следует отметить отсутствие наследственной отягощенности, позднее начало и малую прогрессиентность заболевания, его небольшую давность, умеренную выраженность патологическо-

го влечения к алкоголю и алкогольного абстинентного синдрома, наличие в его структуре психопатологического радикала, преобладание в статусе стойкой токсикогенной и психоорганической симптоматики. Последняя в сочетании с преморбидной шизоидностью, по-видимому, определила длительное сохранение резидуального бреда и своеобразие психоза, который поначалу развивался как вполне типичный вербальный галлюциноз, а затем трансформировался в бред преследования.

В других случаях психоз, начинающийся с вербального галлюциноза, сразу же имеет атипичный характер, включает в себя онейроидные переживания, бред физического воздействия и преследования, не сопровождающийся дезориентировкой. Такое состояние иногда перерастает в острую спутанность с нелепыми поступками и последующей амнезией, с исходом в энцефалопатию. При этом допсихотический отрезок алкоголизма чаще всего характеризуется все теми же, обозначенными выше особенностями — поздним началом, малой прогрессивностью, невысокой толерантностью к алкоголю. В качестве примера приводится следующее наблюдение.

Болезная Н., 51 год. Отец злоупотреблял алкоголем. Незамужем с 32 лет, детей не имеет, живет одна в общежитии, последние годы не работает. По характеру до болезни была пассивная, покладистая, застенчивая, молчаливая, исполнительная, дружелюбная. С 21 года начала систематически выпивать в компании приятелей, употребляя до 300 мл водки. В 36 лет начала опохмеляться; с этого времени пьет запоями по 4–5 дней с такими же интервалами. В похмельном состоянии испытывает вялость, потливость, озноб, к концу запоя — тремор, сердцебиения, тошноту, головную боль. Во время запоя выпивает около 100 мл водки на один прием, за сутки — около 500 мл водки. К наркологической помощи обратилась в 40 лет, в дальнейшем лечилась неоднократно, ремиссии не превышали 4–7 мес.

В возрасте 41 года, т.е. спустя 5 лет от начала заболевания, после прекращения очередного запоя услышала «космические голоса», которые заставляли ее совершать ненужные действия (подняться на 16-й этаж, пойти в магазин и т.п.). Одновременно раздавался голос соседки: «Это я тебе сделала, чтобы ты зашла»; голос соседки передавался через «счетчик», вставленный в уши, и тоже принуждал к разным странным поступкам, сообщая «в космос» сведения о больной. Испытывала ощущение давления на темя — от «передатчика», установленного соседкой. Чувствовала присутствие в ее комнате пришельцев из космоса, которые «выдирали у нее все внутренности». При этом отмечалась сохранность всех видов ориентировки и полное отсутствие критики к болезненным переживаниям.

После лечения в психиатрической больнице возобновила запойное пьянство, устроила в комнате «алкогольный притон». Несколько лет живет на средства собутыльников, плохо питается. Однажды, незадолго до повторного стационарирования, обратила на себя внимание соседей своим нелепым поведением — выбрасывала вещи из окна, говорила, что взорвет Белый дом, что у нее «крыша поехала», что она «плохо соображает». В больнице контакт с больной устанавливался с трудом, она не понимала задаваемые вопросы, не помнила многое из того, что с ней происходило. При этом порой формально правильно ориентировалась во времени, месте и окружающем, жаловалась на «мелодию в голове», высказывала опасение, что у нее возникнут «глюки», просила «подлечить от пьянки», была тревожна. Уже на следующий день психотические нарушения не отмечались и более не возобновлялись; больная частично амнезировала свои болезненные переживания и поведение, а к остальным высказывала критическое отношение.

В дальнейшем, находясь в течение 1,5 мес. в больнице, охотно лечилась, ни о чем не просила, помогала в хозяйственных работах персоналу, отмечались хороший сон, аппетит, ровное настроение. К концу пребывания в стационаре больная проявляет безразличие к своей судьбе и к сложившейся жизненной ситуации, отсутствие критики к пьянству, малодоступность в отношении болезненных переживаний; имеет место противоречивость суждений, затруд-

нения в понимании вопросов, неспособность датировать основные события своей жизни и дать им оценку; своим положением и состоянием не тяготится.

В неврологическом статусе: вялость реакций зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию, устойчивый горизонтальный нистагм, небольшая девиация языка влево, неустойчивость в позе Ромберга, снижение сухожильных и периостальных рефлексов, снижение вибрационной, болевой и тактильной чувствительности дистальных отделов конечностей. Небольшой тремор пальцев вытянутых рук.

В соматическом статусе (диагнозы терапевта): алкогольная миокардиодистрофия, алкогольный гепатоз, хронический бронхит.

Резюмируя все сказанное о данной больной, отметим наличие наследственной отягощенности алкоголизмом отца, преобладание в преморбиде личностных черт астенического полюса, поздний возраст начала алкоголизма, его малую прогрессивность (длительный период доблезненного злоупотребления алкоголем), стертость клинической картины патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома, небольшую продолжительность (5 лет) допсихотического этапа алкоголизма, повторные алкогольные психозы, тяжелую алкогольную деградацию с социальным, нравственно-этическим и интеллектуально-мнестическим снижением, с развитием органического поражения головного мозга, полиневропатии, соматического упадка.

Что же касается самих психотических расстройств, то в целом они отличаются разноплановостью, полиморфизмом и изменчивостью симптоматики, сновидно-фантастическим характером болезненных переживаний, нелепыми и безотчетными поступками, что сближает их с кататоно-ONEYROIDными состояниями. В клинической картине первого психоза значительное место занимал вербальный галлюциноз, который был представлен как истинными галлюцинациями, так и псевдогаллюцинациями («сделанность», неестественный характер «космических голосов»). При этом другие галлюцинаторные нарушения имели конкретно-физический оттенок («передатчик», дававший на темя; «счетчик», установленный в ушах; «выдирание» внутренностей). Во время второго психоза состояние больной определялось спутанностью, которая перемежалась временным восстановлением ориентировки в окружающем, а слуховые галлюцинации отступили на второй план («мелодия в голове»).

Нельзя не признать, что наряду с явными свидетельствами алкогольного генеза деградации личности нашей больной имеются признаки психического дефекта эндогенного типа: аутизация и эмоционально-волевое снижение. С учетом большого своеобразия и атипичности продуктивной психопатологии вполне допустимо предположить, что в данном случае хроническая алкогольная интоксикация вызвала к жизни болезненный механизм, приближающийся к шизофреническому. На такую возможность указывалось А.Н. Молоховым и Ю.Е. Рахальским (1959 г.), Г.В. Морозовым и Н.Н. Иванцом (1975 г.).

Если собрать воедино все наши клинические впечатления, относящиеся к особенностям допсихотического алкоголизма и психотических расстройств у женщин, больных острыми алкогольными галлюцинозами, то при всех порой противоположных различиях в наследственной отягощенности, возрасте начала и прогрессивности алкоголизма, при всем разнообразии психотических картин и их исходов — алкоголизм в целом характеризуется небольшой интенсивностью патологического влечения к алкоголю. Это сказалось либо в небольшой тяжести алкогольной интоксикации, либо в сокращении ее общей про-

должительности, что находится в контрасте с возникновением довольно редкого осложнения алкоголизма — алкогольного галлюциноза. Отсюда вновь следует предположение о возможном участии в патогенезе психоза какого-либо дополнительного фактора.

В качестве такого фактора часто допускалось влияние скрытого шизофренического процесса. Подобное допущение могло бы объяснить причины мягкого течения алкоголизма, отмеченного выше, если учесть точку зрения С.Г. Жислина (1965 г.) о взаимном балансировании алкоголизма и шизофрении при их сочетаниях. Однако похожие соотношения между алкогольным психозом и допсихотическим этапом алкоголизма обнаруживаются также в рамках проблемы алкогольного делирия у женщин, о чем речь пойдет ниже. Прежде чем делать обобщающие выводы на эту тему здесь тоже целесообразно ознакомиться с конкретными клиническими наблюдениями.

Больная Б., 42 года. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Имеет среднее образование. По характеру общительная, решительная, вспыльчивая, злопамятная. Была кандидатом в мастера спорта по акробатике, неоднократно завоевывала призовые места. Не работала, занималась домашним хозяйством и воспитанием сына; 2 года назад развелась с мужем, так как он пристрастился к наркотикам.

Первая проба алкоголя в 16 лет, состояние опьянения понравилось. После 24 лет стала выпивать с мужем 1—2 раза в месяц по 250 мл водки. К 35 годам толерантность спиртного выросла до 0,5 л водки, пила 1 раз в 1—2 недели; при этом и в опьянении и на следующий день чувствовала себя хорошо, лишь изредка, эпизодически, испытывала слабость, чувство тяжести в теле и желание опохмелиться. Перед поступлением в стационар в течение недели пила ежедневно, хотя при этом чувствовала слабость и усталость, употребляла за день по 0,5 л водки. После прекращения этого запоя 3 ночи не спала, испытывала страх, вздрагивала от любого шума. Затем в ее квартире «появились» животные: большие черные тараканы, мушкетеры, гуаны (серого и черного цвета, до 5 м в длину), крокодилы, белые голубы, множество лягушек; в цветастом ковре видела плавающих рыбок. Животные бегали по комнатам, издавали разные звуки; больная пыталась ловить их, разговаривала с ними. «Поймав» крокодилов, связала их и вынесла на балкон; «обезьян» выбросила из окна, не встретив сопротивления.

В больнице сразу же после начала лечения (нейролептики, витамины, полионные смеси) крепко заснула, и на следующий день галлюцинаторных нарушений не стало. Больная правильно ориентируется в месте и в окружающем, приветлива. Резко астенизирована, одевается с посторонней помощью, передвигается медленно, с трудом, неуверенно. Выражение лица усталое, мимика бедная. Не всегда и не сразу понимает смысл задаваемых вопросов, отвечает на них после паузы, односложно, иногда невпопад. Голос тихий, речь невнятная. Быстро устает от беседы, жалуется на слабость. Путает события последних дней, не может вспомнить, когда и как была доставлена в больницу, долго вспоминает свой возраст, текущий день, месяц, год. Говорит, что дома у нее оказались разные животные, которые ей оставила соседка, уехавшая за границу: «Если мне не верите, спросите у мамы или позвоните соседям». Считает ненужным лечение в психиатрической больнице, преуменьшает степень злоупотребления алкоголем.

В дальнейшем, по мере лечения, больная окрепла, стала активнее, нормализовались сон и аппетит, охотно лечилась, однако, несмотря на хорошее самочувствие и отсутствие галлюцинаторной симптоматики, в течение трех недель критика к болезненным переживаниям не восстанавливалась, и больная продолжала высказывать нелепые суждения о минувших событиях, не замечая противоречий своих слов. К концу лечения (1,5 мес.) продуктивная психопатология исчезла.

В соматическом состоянии отмечались субиктеричность склер, пониженное питание, артериальная гипотония, увеличение печени, повышение уровня печеночных трансфераз. В неврологическом состоянии — вялость реакций зрачков на свет и конвергенцию, стойкий горизонтальный и вертикальный нистагм, нарушение статики

и координации, снижение сухожильных и периостальных рефлексов, снижение всех видов чувствительности кожи дистальных отделов конечностей.

Подытоживая описанное наблюдение, следует отметить, что алкоголизм в данном случае характеризуется поздним началом, средней прогредиентностью, эпизодическим потреблением алкоголя с постоянной толерантностью при нерезко выраженных похмельных явлениях, которые изредка сопровождаются желанием опохмелиться. Иными словами, отличием алкоголизма у нашей больной является сравнительно небольшая сила патологического влечения к алкоголю и незавершенность клинической картины алкогольного абстинентного синдрома. Психоз протекал при типичной симптоматике алкогольного делирия, но галлюцинаторные нарушения были кратковременными и спустя один день сменились затяжным резидуальным бредом. Это связано, по-видимому, с низким психическим тонусом, который выражается глубокой астенией, слабостью критики и снижением памяти. Речь идет, следовательно, о токсикогенной симптоматике, относящейся к проявлениям энцефалопатии; ее дополняют неврологические расстройства, указывающие на тяжелую полиневропатию. В целом же отмечается явное преобладание последствий алкогольной интоксикации над стертой и неполной симптоматикой зависимости от алкоголя.

Следующее наблюдение касается заболевания, которое отличается несоответствием тяжести алкоголизма и тяжести, а также характера исхода острого алкогольного психоза.

Больная И., 42 года. Отец злоупотреблял алкоголем, в опьянении бывал агрессивен, неоднократно лечился в психиатрической больнице по поводу алкогольных психозов. По характеру избирательно общительная, стеснительная, обидчивая. Замужем с 17 лет, имеет двух дочерей. С 39-летнего возраста систематически злоупотребляла алкоголем — выпивала 1 раз в неделю до 250 мл водки за день. 2 года после смерти мужа пила ежедневно до 250—400 мл водки. В состоянии опьянения повышалось настроение, амнезий опьянения не отмечалось, потребности в опохмелении не было, в течение следующего дня испытывала лишь сонливость, самочувствие по утрам оставалось хорошим.

Полгода назад появились ощущения онемения и покалывания в области стоп, месяц назад была стационарирована в связи с нарушениями сердечной деятельности, что привело к резкому прекращению приема спиртного. Спустя 3 дня, находясь в больнице, стала видеть бегающих крыс и мышей, при этом была дезориентированной, не узнавала свою дочь, утверждала, что та мертва, говорила, что больница окружена «сектантами», что идет война; видела «мальчика-волшебника», вела себя нелепо, ловила «мышей». Родственники взяли ее домой, где она находилась в таком состоянии в течение 3 недель, и лишь после этого она была помещена в психиатрическую больницу.

В психическом статусе: не знает, где находится, не может назвать текущую дату, месяц, год, свой адрес и возраст. Грубо путает основные события своей жизни, не замечает противоречий и нелепостей своих ответов. Считает, что живет в СССР, в 20-м веке. Путает «право» и «лево», не может решить простейшие арифметические задачи (100–13=98, 15–8=5), объяснить переносный смысл пословиц. Больной себя не считает, прошлое пьянство отрицает, жалоб не высказывает, пассивна; отмечается дисартрия. Временами замечает, что по палате бегают крысы; слышит, как они шуршат.

В неврологическом состоянии: вялость реакций зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию. Ослаблена конвергенция обоих глаз. Стойкий горизонтальный нистагм. Нарушения статики и координации движений. Снижение сухожильных рефлексов. Снижение болевой, тактильной, вибрационной, температурной чувствительности дистальных отделов конечностей.

В соматическом состоянии: миокардиодистрофия; повышение в крови уровня ГГТ (1,35 мкмоль/л).

В дальнейшем поведение и высказывания переменчивы, часто нелепы: комкает и швыряет чистое белье, утверждает, что является наследницей богатого состояния, что у нее есть собственный остров с гувернантками и слугами, что ей 25 лет, что у нее грудной младенец, что она беременна. Временами куда-то стремится, ищет слона, который укусил ее за палец; рассказывает, что видела двух ихтиандров, несущих рыбу. Порой испытывает страх, при этом говорит, что ее окружают враги, опасается идти в свою палату. Отказалась отдать свое белье, заявляя, что в нем ценные картины, которые должны принадлежать государству. Эмоциональное состояние меняется от безразличия к тревоге, подавленности и слезливости. На таком фоне плохо спит, порой слышит за стеной чьи-то голоса, звонки, пытается бежать.

Описанное состояние перемежалось периодами упорядоченного поведения, когда на протяжении нескольких дней отмечался хороший сон, больная начинала ориентироваться в окружающем и частично во времени. При этом она оставалась беспечной, не могла правильно оценить свое состояние, не считала себя больной, просила ее выписать («дома будет лучше»), полностью амнезировала свои болезненные переживания, с большим трудом и ошибками вспоминала основные этапы своей биографии. К концу второго месяца лечения стабилизировались сон, эмоциональное состояние, полностью восстановилась ориентировка во времени и окружающем; остаются слабость критики и памяти, склонность преуменьшать злоупотребление алкоголем, недооценка серьезности перенесенного заболевания. В прочих отношениях суждения больной адекватны, она не лишена чувства юмора, дает меткие характеристики поведению окружающих, тяготеет к пребыванию в больнице, тепло встречается с родственниками.

Характеризуя особенности алкоголизма у данной больной, необходимо отметить, что заболевание отличается поздним началом, но очень быстрым формированием патологического влечения к алкоголю, которое проявлялось почти ежедневным и непрерывным пьянством. При этом суточные дозы потребляемого алкоголя выросли незначительно, постинтоксикационные расстройства ограничивались сонливостью, алкогольный абстинентный синдром не сформировался. Дальнейшее развитие алкоголизма состояло в возникновении полиневропатии. Общая давность заболевания — всего 2 года.

Возникший на фоне резкого прекращения приема алкоголя психоз характеризуется полиморфизмом, разноплановостью и большой изменчивостью симптоматики, которая включала делириозные, онейроидные, парафренические, параноидные расстройства, слуховые галлюцинации, состояния острой спутанности с нарушением всех видов ориентировки, включая ориентировку в собственной личности. При этом стержневым расстройством, сохранявшимся при временных улучшениях состояния и прояснениях сознания, являлись резкое снижение критики и памяти, интеллектуальная беспомощность и пассивность. Тем не менее, дефицитные нарушения обнаруживают тенденцию к обратному развитию, которое проявилось в частичном восстановлении интеллектуальных функций и личностных качеств. В целом перенесенный психоз следует определить как острую алкогольную энцефалопатию, протекавшую по типу алкогольного псевдопаралича.

Учитывая малую давность алкоголизма, стертость и фрагментарность его клинической картины, возникновение столь тяжелого психоза можно расценить как проявление своеобразной «психотической готовности», в основе которой — весьма специфичная наследственная отягощенность (неоднократные алкогольные психозы у отца). В одном ряду с этой «готовностью» стоит, по-видимому, раннее формирование алкогольной полиневропатии, которая у данной больной выделяется на фоне почти полного отсутствия других последствий хронической алкогольной интоксикации, что указывает на определенную

избирательность, нейротропность токсического действия алкоголя.

Помимо «количественных» оценок алкогольных психозов (тяжесть, длительность), в затронутом аспекте соотношений с клиническими особенностями допсихотического алкоголизма у женщин привлекает внимание также качественное своеобразие симптоматики определенной части психозов. Этого касается следующее наблюдение.

Больная Ж., 47 лет. Наследственность алкоголизмом и другими психическими заболеваниями не отягощена. И отец, и мать по характеру добродушные, общительные, выдержанные, заботливые, ответственные. Развивалась без отклонений, легко адаптировалась в детских коллективах, была «заводилой», училась в школе на «отлично», посещала спортивные кружки. Окончила 10 классов и экономический техникум, работала инженером. Замужем с 20 лет, имеет двух сыновей 22 и 23 лет, муж «выпивает», отношения с ним хорошие. Первая проба спиртного в 15 лет — выпила 100 г вина, испытала легкость, раскованность. Систематически — 1 раз в неделю 250 г водки — стала выпивать с 32 лет, в опьянении бывала веселой, оживленной. К 34 годам — утрата количественного контроля, повышение толерантности к алкоголю до 0,5 л водки. В 35 лет начала опохмеляться, так как после алкогольных эксцессов испытывала слабость, разбитость, тошноту, рвоту, судороги в мышцах конечностей, желание выпить. Для опохмеления принимала 0,5 л джин-тоника. С 39 лет стала пить по 2—3 дня подряд с перерывами в 1 неделю.

В возрасте 41 года после прекращения 5-дневного запоя пропал сон, появился страх, особенно по ночам; на 3-й день услышала за окном детский плач, смех, музыку, увидела «бандитов и милицию», была возбуждена, тревожна, металась по квартире — была госпитализирована в психиатрическую больницу. В больнице не ориентировалась во времени и в месте, с трудом удерживалась в палате, была беспокойна, суетлива, напряжена, говорила, что минувшей ночью ее «вербовали в МВД». Лечение проводилось по поводу и в соответствии с «алкогольным делирием».

Спустя 4 месяца после выписки возобновились запой по нескольку дней. После очередного запоя увидела на стенах квартиры «цветные огоньки», слышала мужские и женские голоса, говорившие что-то непонятное. Вновь лечилась в ПБ, затем в течение года алкоголь не употребляла, не работала, занималась домашним хозяйством, хорошо себя чувствовала.

В возрасте 43 лет, после прекращения нового запоя (в течение месяца пила по 4 л пива за сутки), нарушился сон, возник страх, вновь «увидела» и «услышала» «бандитов», спасалась от них. Была помещена в ПБ, где не ориентировалась в месте и времени, утверждала, что больна СПИДом, что об этом ей сказали «голоса», которые комментировали ее поведение, оскорбляли, угрожали расправой. Спустя 3 дня появилась критика к болезненным переживаниям, нормализовался сон, больная выражала намерение прекратить употребление спиртного. Однако уже через 2 мес. после выписки возобновила пьянство.

В дальнейшем еще 3 раза госпитализировалась в психиатрическую больницу в психотических состояниях. При этом отмечались неточность ориентировки в месте и времени, зрительные и слуховые галлюцинации (видела в комнате тени, которые принимала за «темные силы», ползающих по полу черных тараканов, слышала «необычные голоса инопланетян», которые ругали ее за то, что она «выпускает вампиров»), тревога, растерянность, бессонница. Спустя 2—3 дня психотические нарушения полностью прекращались, устанавливалась критика к болезненным переживаниям, понимание их алкогольного происхождения; однако больная была склонна преуменьшать размеры и тяжесть своего пьянства.

Вслед за последним стационарным лечением алкоголь не употребляла в течение 1,5 лет, затем вновь стала пить запоями по 4—5 дней, выпивая за сутки до 0,5 л водки, с интервалами в 1 неделю. Спустя 3 дня по прекращении очередного запоя услышала «голоса»; они грозили, оскорбляли, говорили о смерти ее мужа, который якобы находится в море, предвещали убийство ее сыновей, приказывали сидеть в одной позе, зажмурив глаза и крепко сжав зубы, иначе ее ждет расправа. «Голоса» были беззвучные, принадлежали незнакомым мужчинам и женщинам, которые делились на «преследователей» и «защитников».

При этом больная вела «мысленный диалог» с «голосами», они подсказывали ей ответы, вызвали «автоматические» движения рук или только ощущение этих движений; под воздействием извне происходило непроизвольное «разматывание» вереницы мыслей и непрерывное фантазирование в виде сочинения новеллы, что очень утомляло больную; на фоне потолка проплывали полупрозрачные и бесцветные фигуры животных, на стенах видела лишь яркие звездочки, кружочки и полоски. При повторном стационарировании грубых нарушений сознания не было: больная понимала, что находится в психиатрической больнице, правильно называла себя, родных, свой адрес, но неточно ориентировалась во времени.

В соматическом состоянии: АД=150/100 мм рт.ст. Приглушение тонов сердца, увеличение печени на 2 см, повышение уровня ГГТ (1,03 мкмоль/л — при норме 0,08–0,67).

В неврологическом состоянии: вялость реакций зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию. Устойчивый горизонтальный и вертикальный нистагм. Пошатывание в позе Ромберга, неточность выполнения пальце-носовой пробы. Снижение болевой, тактильной, вибрационной и температурной чувствительности кожи дистальных отделов конечностей.

В психическом статусе на следующий день: астенизирована, вяла, неопытна. К окружающему безучастна. Сидит, опустив голову, прикрывает глаза руками, просит дать ей черную повязку на глаза, «чтобы глюков не было». С трудом датирует события последних дней. Контакт полностью доступен, приветлива, во время беседы плачет. Подробно и эмоционально рассказывает о своих болезненных переживаниях, связывает их с алкоголизмом, однако относится к нему безразлично, избегая говорить на эту тему. Галлюцинаций в день осмотра нет. В дальнейшем психотическая симптоматика не возобновлялась, восстановился сон, больная окрепла, благодарила за лечение. Однако вплоть до выписки из больницы критического отношения к пьянству не проявляла, что контрастировало с достаточным общим интеллектуальным уровнем. В ходе длительной и обстоятельной беседы призналась, что ее семейная жизнь лишь на первый взгляд благополучна. На самом деле это была жизнь без любви, особенно что касается сексуальных отношений, которые никогда не доставляли ей полного удовлетворения.

К особенностям алкоголизма в данном случае можно отнести отсутствие как наследственной, так и личностной предрасположенности к этому заболеванию, поскольку перед нами синтонная личность гармоничного склада.

С другой стороны, при внешнем благополучии имеет место глубокая жизненная неудовлетворенность преимущественно в сексуальной сфере, что могло играть определенную этиопатогенетическую роль в возникновении и течении алкоголизма. На этом фоне выделяется еще одна яркая особенность заболевания — алкогольные психозы, с которыми больная семь(!) раз стационарировалась в психиатрические больницы. Алкоголизм характеризуется поздним началом, высокой толерантностью, быстрым формированием периодичности в виде запоев. Кроме того, имеют место проявления нейротоксического поражения — полиневропатия, стволовые и мозжечковые расстройства, а также токсикогенные психические нарушения с акцентом на снижении критики. Наряду с длительной ремиссией, течение болезни отмечено частыми рецидивами, которые возникали вскоре после завершения лечения очередного алкогольного психоза, что также говорит о беспечном и некритичном отношении к пьянству и его последствиям. О том же говорит отсутствие попыток лечения основного заболевания. Таким образом, фактором, определяющим дальнейшее развитие уже начавшегося заболевания, является не столько «напор» патологического влечения к алкоголю, сколько отсутствие сопротивления ему, связанное, во-первых, со снижением критики и, во-вторых, с наличием специфической мотивации к потреблению спиртного. Впрочем, последнее допущение является уступкой «психологизированию» и отступлением от последовательно клинического подхода к оценке закономерностей болезни.

Касаясь перенесенных нашей больной психозов, необходимо прежде всего отметить их многочисленность. Поначалу в клинической картине психозов значительное место занимали зрительные обманы — как элементарные, близкие к фотопсиям («цветные огоньки» на стенах), так и образные («бандиты», «милиция», «тараканы», «тени», олицетворяющие «темные силы»), сочетавшиеся со слуховыми обманами (плач, смех, музыка), а также с дезориентировкой в месте и времени. Со временем слуховые обманы приобрели характер истинных вербальных галлюцинаций комментирующего, оскорбительного и угрожающего содержания, которые по-прежнему сопровождались дезориентировкой в месте и времени. В дальнейшем произошла трансформация вербальных галлюцинаций; «голоса» стали неестественными, принадлежали «инопланетянам», содержание их приобрело сказочно-фантастический характер — о «вампирах», которых больная «выпускает». При этом была отмечена лишь неточность ориентировки во времени; по остальным формальным признакам сознание оставалось ненарушенным. Наконец, после длительной ремиссии прервавший ее очередной запой завершился психозом, в клинической картине которого преобладали разнообразные и яркие проявления синдрома Кандинского—Клерамбо. Внешне они выражались нелепым поведением (зажмуривание глаз, странные позы и др.), а внутренне состояли в вербальных, зрительных и кинестетических псевдогаллюцинациях (мысленные «подсказки», мысленный диалог с «голосами-мыслями», ощущения вызванных извне движений собственных рук, бесцветные и полупрозрачные изображения животных, «проплывающие» по потолку) и в идеаторных автоматизмах («разматывание» вереницы непроизвольных мыслей, насильственное и изнуряющее фантазирование в виде сочинения «новеллы»). Психоз был кратковременным и купирован за один день.

Таким образом, в ходе повторных алкогольных психозов происходила их постепенная трансформация от преимущественно делириозных к типичному алкогольному галлюцинозу, а затем — к атипичному, с эндогенизацией симптоматики, психозу, исходом которого явилось углубление алкогольного, т.е. экзогенно-органического дефекта психики. В целом же, алкоголизм в данном случае, если его рассматривать вкуче с перенесенными психозами, отличается преобладанием и быстрым нарастанием токсикогенных нарушений, по сравнению с аддиктивными, что указывает на слабость механизмов защиты от алкогольной интоксикации и опять-таки может служить ориентиром для программы терапии.

Заключение

Подытоживая наши данные, касающиеся алкоголизма у женщин, осложнившегося алкогольными психозами, необходимо вновь подчеркнуть, что при большом разнообразии и существенных индивидуальных различиях важных клинических параметров алкоголизма в массе больных (наличие и характер наследственной отягощенности, особенности преморбиды, влияние средовых и ситуационных факторов, тяжесть и характер алкогольной интоксикации, прогрессивность, возраст начала и давность заболевания, ремиссии и рецидивы и др.) их объединяет сходство в соотношении аддиктивной и токсикогенной симптоматики заболевания. Речь идет о преобладании симптоматики, отражающей последствия хронической алкогольной интоксикации, над признаками зависимости от алко-

голя; к последним относится патологическое влечение к алкоголю. С наибольшим постоянством токсикогенная патология проявляется в неврологической сфере (признаки полиневропатии, мозжечковые и стволовые нарушения). В психической сфере она выражается, главным образом, в снижении критики, ослаблении памяти, противоречивости суждений, особенно тех, которые касаются собственного пьянства. На этом фоне патологическое влечение к алкоголю — как первичное, так и вторичное (в опьянении и в похмелье) — выглядит незавершенным, стертым, непостоянным; чаще всего, хотя и не всегда, оно проявляется эпизодически, потреблением слабоалкогольных напитков, без утраты количественного контроля, иногда без опохмеления, при невысокой или стабильной толерантности, обычно в виде лишь согласия на приглашение, без предприимчивости, поиска и «напора».

Столь явный «крен» в сторону преобладания токсикогенной симптоматики над аддиктивной находится в полном согласии с приводившимися выше литературными данными о сравнительно большой чувствительности женского организма к алкогольной интоксикации и о сравнительно малой роли генетического фактора в формировании признаков зависимости от алкоголя у женщин. По всей видимости, клиника женского алкоголизма, осложнившегося алкогольными психозами, является утрированным выражением упомянутых особенностей люцидного, т.е. непсихотического, алкоголизма у женщин.

Что же касается самих психозов, то их клиническая картина обращает на себя внимание рядом атипических черт. Среди них на первом плане — кратковременность, abortивный характер течения психоза. Особенно это относится к галлюцинаторным нарушениям, которые, как правило, купируются в первый же день лечения. Другим характерным отличием алкогольных психозов у наших пациенток явились разнообразные — как острые, так и резидуальные — проявления энцефалопатии, отражающиеся в психопатологической и неврологической симптоматике. С этим, по-видимому, связана еще одна нередкая клиническая особенность — сравнительно долго сохраняющиеся после исчезновения галлюцинаторных нарушений резидуальный бред и отсутствие критики к болезненным переживаниям; резидуальный бред касается не только вербальных галлюцинаций, но даже делириозных зоопсий. Следует отметить также, что среди алкогольных делириев преобладали психозы, протекавшие при отсутствии формальных нарушений аллопсихической ориентировки либо при наличии лишь недостаточно точной ориентировки во времени, что говорит о сравнительно небольшой тяжести болезненного состояния («ориентированный делирий»). Кроме того, примечательной особенностью неврологической симптоматики алкогольного делирия у женщин оказались отсутствие или очень слабая выраженность тремора, столь характерного для этого за-

болевания и отразившегося в его названии. Имеется ли здесь какая-то связь с отмеченными выше клиническими особенностями алкоголизма, в частности с преобладанием токсикогенных расстройств над аддиктивными, остается вопросом.

Психотические состояния характеризуются большим разнообразием, смешением и взаимосменяемостью разнотипной галлюцинаторной симптоматики, включающей слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные обманы восприятия как элементарные, так и образные; как экстракампинные, так и панорамные; как обыденного содержания, так и сновидно-фантастические. Значительное место, наряду с истинными галлюцинациями, занимают псевдогаллюцинации, а также разнообразные явления психического автоматизма. Все это затрудняет задачу сгруппировать, выделить варианты и дать обобщенную оценку психотических нарушений, что было бы полезно для целей коррелирования с другими клиническими параметрами алкоголизма.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Тучкова М.Е., Кравченко С.Л. Сравнительные результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга у больных алкоголизмом женщин и мужчин// Вопросы наркологии. — 2004. — № 2. — С. 24—32.
2. Гофман А.Г. К вопросу о факторах, определяющих частоту возникновения острых алкогольных психозов и их форму// Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов: Сб. научных трудов. — М. 1986. — С. 59—62.
3. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965.
4. Иванец Н.Н. Алкогольные психозы (систематика, клиника, дифференциальный диагноз, прогноз, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1975.
5. С.Л. Кравченко. Периодические формы злоупотребления алкоголем в клинике алкоголизма у женщин: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1991.
6. Лукомская М.И., Алкоголизм в общемедицинской сети (выявление, типология, лечебно-профилактические программы): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1991.
7. Морозов Г.В., Иванец Н.Н., О некоторых клинических закономерностях течения алкогольных психозов// Журн. невропатол. и психиатр. — 1975. — Вып. 2. — С. 1705—1710.
8. Соколова Е.П. Особенности алкогольных психозов у женщин: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1974.
9. И.В. Стрельчук. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М., 1973.
10. Benedetti G. Die Alkoholhalluzinosen. Smgl. psychiat.-neurolog. Einzeldarstellungen. — Stuttgart, 1952.
11. E. Gombert. Gender issues// Recent developments in alcoholism. — 1993. — Vol. 11.
12. Kendler K.S. et al. A population based twin study of alcoholism in women// YAMA. — 1992. — Vol. 268. — P. 1877—1882.
13. R. Wyss. Алкоголизм/ Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1967.