

Аффективные расстройства у больных хроническим алкоголизмом в раннем постделириозном периоде

ЗЕМСКОВ М.Н.

психиатр-нарколог, Наркологическая клиническая больница №17
Департамента здравоохранения г. Москвы

ТИМОФЕЕВА В.Б.

клинический психолог, Наркологическая клиническая больница №17
Департамента здравоохранения г. Москвы

В результате предварительного клинко-психологического исследования 16 больных, перенесших алкогольный делирий, было установлено, что для них в первые несколько дней после металкогольного психоза были характерны высокий уровень тревожности, дисфорические реакции, ипохондричность.

При всем многообразии проявлений эмоций в них можно выделить 3 основных компонента — субъективные переживания, двигательные проявления и изменения в деятельности внутренних органов.

Субъективные переживания — компонент, объективная оценка которого наиболее затруднительна, но очень существенна для человека, так как это стержневая основа описываемого явления. Будучи по своему генезу первичным или вторичным звеном, причиной или следствием, субъективные переживания представляют собой высший уровень комплексной реакции человека [10].

Именно субъективные переживания, или «жалобы», приводят пациента к специалисту, в некоторых случаях еще до появления объективной симптоматики, что осо-

бенно важно в аспекте психиатрии, в плане развивающихся психозов, другой психической патологии.

Двигательный компонент проявляется в специфических по форме мимике, жестах, других элементах двигательного поведения. Эти реакции настолько информативны, что рассматриваются как один из каналов коммуникативной функции, который не утратил своей значимости и для человека, обладающего вербальной коммуникацией. Данные проявления в небольшой степени подвержены произвольному контролю, что позволяет их использовать в диагностике психического состояния пациентов. Чрезвычайным разнообразием с маловыразительной спецификой и очень низкой управляемостью характеризуются изменения в деятельности внутренних органов. Эти изменения вторично влияют на состояние психики [12].

Целью нашего исследования является клинико-психологический динамический анализ аффективной симптоматики на раннем этапе после перенесенного делирия у больных, страдающих хроническим алкоголизмом.

Основная задача исследования состоит в выявлении у данных больных аффективных расстройств в абстинентных состояниях и в раннем постделириозном периоде, а также возможности проследить характерные закономерности в течении этих состояний в зависимости от различных причин, как-то преморбидные особенности личности, возможно, повторность психоза. Данная тематика ранее мало изучена, большее внимание традиционно отводилось изучению течения и проявлений собственно абстинентного синдрома, собственно алкогольного делирия, в большинстве случаев имеются лишь краткие замечания по поводу указанной проблемы. Также интересной представляется данная тема в плане изучения аффективной симптоматики на ранних стадиях формирования психоорганического синдрома, развитие которого после перенесенных алкогольных психозов можно предположить, что подтверждается многими исследованиями.

Было проведено клинико-психологическое обследование 16 больных, перенесших алкогольный делирий в НКБ №17, прошедших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. Были проанализированы архивные истории болезни, из исследования исключались пациенты с выраженной соматической отягощенностью, имеющие выраженную степень энцефалопатии, не подтвержденный при повторном обследовании диагноз *алкогольного психоза*, интоксикационные психозы другой этиологии. Использовалось клиническое исследование; в психологическом исследовании использовались восьмицветный тест Люшера, тест Зонди, госпитальная шкала тревоги, шкала Гамильтона для депрессий.

В отличие от ситуативных эмоций и аффектов, настроение как сравнительно продолжительное, устойчивое психическое состояние, проявляющееся в качестве эмоционального фона психической жизни индивида, является эмоциональной реакцией не на непосредственные последствия тех или иных событий, а на их значение для человека в контексте его общих жизненных планов, интересов и ожиданий [12]. Сформировавшееся настроение, в свою очередь, способно влиять на непосредственные эмоциональные реакции по поводу происходящих событий, меняя соответственно направление мыслей, восприятие и поведение человека. Этот момент необходимо учитывать при оказании медицинской помощи. Возникновение и проявление эмоций связано со сложной комплексной работой коры, подкорки мозга и вегетативной нервной системы, регулирующей работу внутренних органов, этим определяется тесная связь эмоций и чувств с деятельностью внутренних органов, с изменениями в деятельности скелетных мышц (пантомимика) и лицевых мышц (мимика) [12].

Колебания настроения могут иметь патологическое происхождение, обуславливаясь такими свойствами индивида, как повышенная тревожность, неустойчивость, эмоциональность. Нельзя также недооценивать субъективное значение переживаний для самого человека. Соответственно, предполагая взаимную обратную связь эмоций, настроения и нарушения их с внутренними органами, состоянием организма, возможно предложить специфические меры и психологического воздействия в плане комплексной терапии заболевания, т.е. помимо стандартной, лекарственной терапии. Ведь аффективные наруше-

ния тесно переплетены с основным симптомом болезни — патологическим влечением к алкоголю, таким образом, нередко являясь препятствием к становлению устойчивой ремиссии [8]. В формировании собственно аффективных нарушений у больных алкоголизмом существенная роль отводится вторичным личностным изменениям (снижение самооценки, самоуважения, критичности к своему состоянию). По данным О.Ф.Ерышева и Т.Г. Рыбаковой [4], расстройства настроения при отсутствии грубых устойчивых изменений эмоциональной сферы обычно быстро купируются при комплексном лечении с использованием психотерапии.

На «специфичность» аффективной сферы у больных алкоголизмом указывал еще E. Bleuler [17], но и у него отмечается описание в большей степени алкогольного делирия, но по выходе из него автор видит либо «хронический алкоголизм», либо болезнь Корсакова — при затяжном течении.

При проведении исследования мы опирались на имеющиеся в литературе данные, суть которых можно разделить на мнения авторов, предполагающих в состоянии делириозной абстиненции давление над всей остальной симптоматикой выраженной астении, и авторов, предполагающих наличие, даже преобладание в этом состоянии, аффективной патологии. Так, А.А. Портнов с соавторами сообщают [9], что протекает делириозная абстиненция по дисфорическому типу с нарушением ориентировки в месте, времени, затруднением осмысления окружающих событий, бестолковостью, пугливостью, сенсорной гиперестезией, гипнагогическими галлюцинациями, сомнолентностью, т.е. признаками нарушения сознания. Непременно у таких больных отмечается также соматоневрологический компонент в виде тахикардии, сосудистой дистонии, диареи, тремора. Выход из психоза чаще критический, реже — постепенный. Сопровождается одним из переходных симптомов — астеническим, дисмнестическим, т.е. течение идет по законам, свойственным экзогенно-органическим психозам. О развитии психоорганического синдрома говорит также в своей работе Я.П. Гирич [13]. Наблюдая больных, А.А. Портнов и Н.Н. Макаров [9] во всех случаях после редукции психоза отмечали наличие тревожной депрессии с тяжелыми суточными колебаниями в течение 1—2 мес. Критика к психозу у больных восстанавливалась на протяжении всего этого периода. Дисмнестических расстройств на период параноиды не выявлялось. На фоне неполной критики больные часто диссимилировали свое состояние — признавали связи психоза с пьянством (но не с алкоголизмом), уверяли в «прекрасном» самочувствии и т.д., однако характер поведения выявлял пассивность, отгороженность, подозрительность.

Н.Г. Шумской [15] сообщает, что в постпсихотическом состоянии имеют место астенические, легкие гипоманиакальные и резидуальные бредовые расстройства у мужчин, у женщин преобладают состояния депрессии. А.Г. Гофман [3] указывает на астеническую симптоматику, продолжающуюся по окончании абстиненции до 7—10 дней. При этом у больных отмечаются при экспериментально-психологическом исследовании нарушение внимания, памяти, при отсутствии жалоб на нарушение памяти и сообразительности [3]. По мнению А.В. Шувалова «Выход через астению» также является классическим и обязательным признаком [14]. При повторных делириях астенический симптомокомплекс является преобладающим [2].

Н.Н. Иванец, М.А. Винникова [5] не отрицают возможности развития в постделириозном состоянии депрессивного расстройства, но относят его более к переходным синдромам, сменяющим психоз с продуктивной симптоматикой. Ранее такое же мнение отмечалось в работах Е.А. Щербины, В.Е. Зборщик [16], которые отграничивали от чисто алкогольной депрессии состояния реактивного порядка, возникающие в случае выхода из параноиды, делирия.

Много говорится о наличии депрессии в абстинентном состоянии. Так, в работе Марковской Н.С. [16] выделяются следующие варианты алкогольных депрессий: астеническая, дисфорическая, ипохондрическая, чистая. Тревога во всех случаях является обязательным компонентом. В некоторых случаях может наблюдаться мягкая депрессия с несколько пониженным настроением, также ларвированная депрессия [16].

Изучая варианты депрессивных состояний у больных алкоголизмом с астеническими и психастеническими чертами личности, Р.В. Абрамочкин [1] предложил следующую классификацию:

- 1) астеновегетативные субдепрессии — для них характерны сенситивность, мнительность, сниженное настроение, беспокойная раздражительность;
- 2) ипохондрическая субдепрессия (сенситивная мнительность, самокопание, ипохондрия);
- 3) тревожные депрессии (сниженное настроение, тоскливость, подавленность, боязнь будущего);
- 4) дисфорические депрессии (тревога, чувство неполноценности, страх потери работы, душевный дискомфорт).

По утверждению О.Ф. Ерышева, Т.Г. Рыбаковой, повышенная тревожность у значительной части больных алкоголизмом представляет собой стабильную личностную характеристику [4].

По данным В.М. Николаева [7], с переходом в 3-ю стадию депрессивные расстройства редуцировались, уступая место стойким дисфорическим расстройствам. Они (за исключением больных с эпилептоидной акцентуацией) возникали в дебюте дементирующего процесса на органически измененной почве (по С.Г. Жислину), следовательно сомнительно ожидать какого-либо разнообразия эмоционального ответа у подобных больных на выходе из делирия.

Таким образом, по полученным данным, во всех наблюдениях отмечался высокий уровень тревожности по выходе из делирия, особенно в течение первых 5–7 дней. У больных в этом периоде был снижен уровень самооценки, осознание факта произошедшего проходило в недостаточной мере, характерной особенностью в процессе наблюдения за больными являлась выражено сниженная критика к заболеванию. На фоне формальной критики к произошедшему часть больных видела причину психоза «пьянку», при этом никак не связывая ее с собственно алкоголизмом, заявляли, что чувствуют себя прекрасно, стремясь к скорейшей выписке из стационара, диссимулировали свое состояние, несмотря на выявляемые в процессе обследования астению, нарушения сна, общий дискомфорт. Большая часть больных предъявляла признаки дисфории, с неохотой принимала участие в исследова-

нии, была напряжена, в психологическом исследовании можно было отметить эгоцентричность восприятия окружающего, подозрительность. У двух больных постделириозный период сопровождался выраженной ипохондрией, предъявлением многочисленных жалоб на свое состояние, некоторой навязчивостью, просьбами в «более тщательном обследовании». Эти пациенты связывали произошедшее с тем, что «возраст уже не тот» (старше 55 лет), «организм поизносился». Достоверной связи характера эмоционального ответа с фактом произошедшего с больным в зависимости от преморбида выявить не удалось, но предполагается, что при имеющемся к моменту развития делирия заострении (или же изменении) личности больного реакция будет иметь определенную закономерность.

Необходимо заявить, что результаты проводимого исследования имеют предварительный характер. Целью дальнейшей работы является более детальное изучение характера аффективных нарушений у больных в зависимости от преморбида, а также, опираясь на полученные данные, разработка адекватных дополнений к имеющимся рекомендациям по комплексному лечению больных, перенесших алкогольный делирий.

Список литературы

1. Абрамочкин Р.В. Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии. — Пенза, 1995. — С. 35–37.
2. Блохина В.П., Лисица Г.И. и др. Неотложная наркология// Тезисы докладов областной НПК. — Харьков, 1987. — С. 66–67.
3. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: МИКЛОШ, 2003. — 215 с.
4. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии. — Пенза, 1995. — С. 65–67.
5. Иванец Н.Н. Винникова М.А. Металкольные (алкогольные) психозы: Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 2 — С. 233–268.
6. Клиническая психиатрия/ Пер. с англ./ Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 602 с.
7. Николаев В.М. Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии. — Пенза, 1995. — С. 29–30.
8. Носачев Г.Н. Баранов В.С. И.И. Павлова и др. Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии. — Пенза, 1995. — С. 13–15.
9. Портнов А.А. Макаров Н.Н. Алкоголизм// Сб. научн. трудов/ Под ред. Пятницкой И.Н., 1988. — С. 36–39.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2005.
11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 256 с.
12. Столяренко Л.Д. Основы психологии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. — 736 с.
13. Шабанов П.Д. Основы наркологии. — СПб.: Лань, 2002. — 560 с.
14. Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. — М.: Советский спорт, 2001. — 432 с.
15. Шумский Н.Г. Алкогольные (металкольные) психозы: Руководство по психиатрии/ Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.
16. Щербина Е.А., Зборщик В.Е. Неотложная наркология// Тезисы докладов областной НПК. — Харьков, 1987. — С. 55–57.
17. Bleuler E. Руководство по психиатрии. — М.: Издательство независимой психиатрической ассоциации, 1993. — 563 с.