

# Клиника острых алкогольных галлюцинозов

HEMKOVA T.I. аспирант отделения психических расстройств, осложнённых патологическими видами зависимости, ФГУ «МНИИП» Минздравсоцразвития России. e-mail: tatyana-nemkova@rambler.ru

*Целью исследования было установление клинических особенностей острых алкогольных галлюцинозов в условиях современной терапии. Представлена общая характеристика изученных больных острым алкогольным галлюцинозом. Описаны особенности дебюта (начальной стадии), различные варианты развёрнутой стадии психоза и их сравнительный анализ. Проведена оценка гендерных различий клиники острых алкогольных галлюцинозов. Сделаны выводы об особенностях патоморфоза острых алкогольных галлюцинозов за последние 40 лет.*

*Ключевые слова:* алкогольный галлюциноз, патоморфоз, гендерные различия

## Введение

**К**линико-психопатологическое изучение острых алкогольных галлюцинозов имеет большое значение как для теоретической, так и для практической психиатрии. Несмотря на некоторое снижение за последние 5 лет частоты возникновения острых алкогольных психозов, уровень заболеваемости этими психотическими состояниями остаётся весьма высоким. Вопрос о нозологической принадлежности алкогольных галлюцинозов всегда был центральным и по-разному решался на разных этапах развития психиатрии. Марсель, Нассе, Вернике, Крепелин и другие авторы позапрошлого века не сомневались в токсической природе алкогольных галлюцинозов, хотя и отмечали возможность неблагоприятного исхода заболевания с развитием слабоумия. Маньян писал о роли дегенерации, а Е. Блейлер и его сотрудники придавали особое значение якобы лежащей в основе галлюциноза шизофрении или шизофреническому предрасположению. Лишь после исследований Бенедетти, Виктора и Хопа, Виктора, Хопа и Адамса большинство зарубежных психиатров стало склоняться к признанию экзогенно-органической природы алкогольных галлюцинозов. В отечественной литературе всегда преобладала точка зрения об экзогенной природе острых алкогольных галлюцинозов. Клинические особенности острых алкогольных галлюцинозов получили наиболее полное освещение в работах Вернике, Крепелина, Бонгеффера, Режи, Виктора и Хопа, М. Сойка, В. Милласа, К. Хазена. Из отечественных психиатров наибольший вклад в изучение алкогольных галлюцинозов внесли В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, С.Г. Жислин, И.В. Стрельчук, Х.А. Гасанов, А.Г. Гофман. Однако за последние 40 лет патоморфоз острых алкогольных галлюцинозов систематически не изучался. Не оценивалась также эффективность применения современных антипсихотических препаратов в качестве медикаментов, купирующих алкогольные галлюцинозы. Существуют лишь единичные исследования по этой проблеме

(Т.И. Нижниченко, М.Г. Гулямов, А.А. Масленников, Э.Н. Алиев, А.А. Лукин, М. Сойка, Миллас, Хазен).

*Цель исследования* — установление клинических особенностей острых алкогольных галлюцинозов.

## Общая характеристика изученных больных

Всего обследовано 100 больных острым алкогольным галлюцинозом в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст —  $43 \pm 9,1$  года), 55 мужчин, 45 женщин. У 48% больных алкогольной зависимостью страдали родственники первой степени родства. Родственники 17% больных перенесли алкогольные психозы различной структуры. У 4% больных близкие родственники страдали различными психическими заболеваниями (шизофрения — 2%, эпилепсия — 1%, эмоционально-неустойчивое расстройство личности — 1%). В 48% наблюдений родственники больных не страдали ни алкоголизмом, ни психическими заболеваниями.

Образовательный уровень больных оказался следующим: 9 чел. (9%) получили высшее образование, 4 чел. (4%) — лица с неоконченным высшим образованием, 20 чел. (20%) получили средне-техническое образование, 42 чел. (42%) имели средне-специальное (ПТУ) образование, 6 чел. (6%) закончили лишь 8 классов общеобразовательной школы.

В допубертатном периоде отмечалось преобладание гипертимных (29 чел. — 29%) и возбудимых (21 чел. — 21%) черт характера. В преморбиде преобладали также гипертимные личности — 31 чел. (31%), но при этом довольно часто отмечалось наличие смешанных (шизоидные, циклоидные, сенситивные, астеноневротические, эпилептоидные, конформные, истероидные) — 25 чел. (25%) и конформных — 15 чел. (15%) черт характера.

Во всех наблюдениях выявлены различные соматические заболевания. Неврологическая патология распределялась следующим образом: черепно-мозговые травмы ранее перенесли 29 пациентов, энцефало-

патия смешанного генеза (алкогольная + травматическая + сосудистая), в том числе с эписиндромом, диагностирована также у 29 больных, полинейропатия — у 37 чел., рассеянная неврологическая симптоматика в результате многолетней алкогольной интоксикации установлена у пяти больных.

В подавляющем большинстве случаев больные начинали употреблять алкоголь в подростковом возрасте в компании сверстников (81%). Средний возраст первого употребления алкоголя составил  $15,5 \pm 4$  года.

Средний возраст начала злоупотребления алкоголем —  $29,3 \pm 7,3$  года. За возраст начала злоупотребления алкоголем брался тот период, когда больной начинал употреблять спиртное 2—3 раза в неделю в дозах, вызывавших опьянение 2—3-й степени.

Среди форм потребления алкоголя в начальный период и ко времени обследования преобладали короткие псевдозапой (81%) или длительные запои (49%).

Наиболее часто встречались эйфорические формы опьянения (45%).

Суточная доза алкоголя в пересчёте на водку варьировала от 250 до 2500 мл (в среднем —  $866,5 \pm 446,8$  мл).

Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) колебался от 18 до 48 лет (средний возраст —  $31,4 \pm 7,4$  года). В структуре ААС у большинства больных отмечалась значительная выраженность соматовегетативных, неврологических, и инсомнических расстройств. Симптомы душевного дискомфорта были выражены умеренно.

Распределение больных по стадиям алкоголизма представлено в табл. 1.

Продолжительность периодов трезвости колебалась от 1 дня до 12 мес. (чаще всего перерывы между алкогольными эксцессами составляли  $27,1 \pm 42,6$  дня). Максимально длительные периоды воздержания от употребления алкоголя со времени возникновения ААС измерялись сроком от 6 до 10 лет (в среднем —  $392,9 \pm 603,7$  дня). Ко времени обследования установить продолжительность терапевтических ремиссий (воздержание от употребления спиртного в течение срока, не меньшего, чем 3 мес.) оказалось возможным у 77 чел. (пациенты, получавшие в прошлом амбулаторное или стационарное антиалкогольное лечение).

55 больных (55%) ко времени обследования перенесли 206 психотических состояний, среди них 57 делириев (27,7%), 148 острых галлюцинозов (71,8%) и один острый параноид (0,5%). Соотношение галлюцинозов и делириев составило 2,6:1. Длительность перенесённых алкогольных психозов варьировала от 2 ч до 30 дней (средняя продолжительность —  $44,2 \pm 105,6$  ч).

Ко времени обследования продолжительность злоупотребления алкоголем перед возникновением алкогольного галлюциноза составляла от 2 до 150 дней (в среднем от 7 до 14 дней). Суточная дозировка алкоголя во время последнего запоя, предшествовавшего возникновению психоза, колебалась от 400 до 3000 мл (средняя суточная доза —  $958,5 \pm 552,5$  мл).

Распределение больных острыми алкогольными галлюцинозами по стадиям алкоголизма

Таблица 1

Стадия алкоголизма	% больных
Первая стадия	0%
Вторая стадия	54%
Начальные проявления третьей стадии	46%
Третья стадия	0%

Время возникновения алкогольных галлюцинозов после прекращения приёма алкоголя

Таблица 2

День возникновения психоза со времени прекращения приёма спиртных напитков	Количество больных	
	Абс.	%
1-е сутки	4	4%
2-е сутки	24	24%
3-е сутки	29	29%
4-е сутки	26	26%
5-е сутки	14	14%
6-е сутки	2	2%
7-е сутки	1	1%
	100	100%

При прекращении пьянства продолжительность существования основных проявлений ААС колебалась от 0 до 7 дней (средняя продолжительность —  $2,6 \pm 1,3$  дня).

Частота возникновения острых алкогольных галлюцинозов в зависимости от срока, прошедшего со времени прекращения употребления алкоголя, представлена в табл. 2.

Ни разу не наблюдалось возникновение острого алкогольного галлюциноза вне связи с окончанием запоя или в период времени, когда похмельная симптоматика уже полностью исчезла.

Поэтому предпсихотический ААС рассматривался как продромальная стадия алкогольного галлюциноза.

В 63% наблюдений возникновению острого алкогольного галлюциноза предшествовал более длительный период злоупотребления алкоголем, чем это было характерно для данного больного ранее. В соответствии с этим и тяжесть абстинентного синдрома была большей. Это выражалось в утяжелении соматоневрологических расстройств и в более очерченных изменениях психического статуса. Возникали слабость, ощущение озноба, пропадал аппетит, тошнота часто сопровождалась рвотой. Отмечался тремор рук, тела, головы. Возникали судорожные сведения мышц ног, режес рук. Значительно нарушался ночной сон (сокращалась его длительность, он становился поверхностным и прерывистым).

Психические нарушения во время ААС проявлялись тоскливостью, тревогой, пугливостью, ожиданием предстоящих неприятностей. Нередко возникали гипнагогические обманы восприятия.

В 21% наблюдений абстинентный синдром протекал как обычно, а в 16% — намного легче.

У 100% больных острые алкогольные галлюцинозы развивались вечером или ночью. Выделены варианты дебютов острых алкогольных галлюцинозов (табл. 3).

Начало галлюциноза с элементарных обманов сопровождалось восприятием шума, звона, писка, свиста, стуков, звуков, издаваемых животными, топота, грохота. Слышался один или несколько таких звуков.

В дальнейшем появлялись фонематические галлюцинации. Шум и звон в ушах больные расценивали как проявление болезни, подъёма артериального давления. Возникал аффект тревоги, недоумения, однако поведение оставалось упорядоченным. При других элементарных обманах больные стремились выяснить, откуда доносятся звуки. Невозможность обнаружить источник звука рождала тревогу, стремление прислушиваться и искать объяснение.

Важной особенностью вербальных галлюцинаций в дебюте острого алкогольного галлюциноза было отсутствие множественности «голосов», их нейтральный характер. Обычно галлюцинаторный диалог не вызывал сомнения в реальности «голосов». Только в случаях явного несоответствия того, что слышится, тому, что может быть услышано, больные искали объяснение. Возникал аффект удивления, недоумения, возмущения, протеста. Поведение больных определялось тематикой вербального галлюциноза.

В случаях дебюта острого алкогольного галлюциноза с появления зрительных галлюцинаций помрачение сознания не наступало. Больные не теряли ориентировки в окружающей обстановке. Так, на стенах комнаты появлялись туманные картинки, тени, лица и т.д.

При сочетании в дебюте слуховых и зрительных галлюцинаций основное место в клинической картине занимали слуховые обманы восприятия. Делириозная симптоматика была представлена отдельными зрительными обманами восприятия, иллюзиями. Галлюцинации вызывали интерес и удивление, редко — тревогу и страх.

Лишь у одной больной психоз дебютировал в форме острого параноида. Возникший бред преследования сопровождался страхом, бегством, обращением за помощью к сотрудникам милиции.

Переход от дебюта к стадии развернутого психоза сопровождался качественными изменениями характера сенсорных расстройств, формированием чувственного бреда, видоизменением всей клинической картины, её обогащением новыми симптомами, усложнением структуры психоза.

Таблица 3

Варианты дебютов острых алкогольных галлюцинозов

Варианты дебютов ОАГ (начальная симптоматика)	N=100	
	Абс.	%
Словесные галлюцинации	27	27
Зрительные галлюцинации	12	12
Словесные и зрительные галлюцинации	2	2
Параноид	1	1
Элементарные обманы восприятия	58	58

Виды острых алкогольных галлюцинозов

Виды острых алкогольных галлюцинозов	N=100	
	Абс.	%
Абортивный	51	51%
Типичный	31	31%
С элементами синдрома Кандинского — Клерамбо	5	5%
Структурно сложный психоз	5	5%
С преобладанием зрительных галлюцинаций	4	4%
С преобладанием бредовых расстройств	3	3%
С преобладанием депрессии	1	1%
Всего	100	100%

Наблюдались различные варианты острого алкогольного галлюциноза (табл. 4).

Абортивный алкогольный галлюциноз оказался самым частым вариантом острых алкогольных галлюцинозов. Так, диагностировано заболевание у 51 больного (24 женщины и 27 мужчин). Средний возраст пациентов составил  $40,8 \pm 8,9$  года. Продолжительность предпсихотического запоя составляла в среднем 16,8 дня. Средняя толерантность к алкоголю была достаточно большой (753 мл водки в сутки, или от 200 до 2500 мл).

Длительность существования ААС занимала в среднем два с половиной дня. Длительность абортивного алкогольного галлюциноза колебалась от 1 до 20 ч (в среднем  $9,8 \pm 5,2$  ч).

Клиническая картина абортивного алкогольного галлюциноза определялась слуховыми галлюцинациями, не достигавшими степени интенсивного галлюцинозоподобного наплыва. Присутствовали обильные элементарные обманы восприятия: 7 больных (14%) слышали звуки, стуки, шорохи, 24 пациента — неразборчивую речь и 20 — отдельные слова. Все больные относились критически к появлению обманов восприятия. Никогда не возникала стойкая бредовая трактовка слуховых галлюцинаций. Аффективные реакции были представлены тревогой, пугливостью, недоумением. Больные обращались за медицинской помощью, прибегали к употреблению алкоголя, снотворных и других лекарственных препаратов. Нелепые, ничем не мотивированные поступки никогда не совершались.

После редукции психотических явлений отмечалось астеническое состояние, продолжительностью от 1 до 7 дней (в среднем  $4,1 \pm 1,9$  дня).

По данным литературы, наиболее изученным является типичный острый алкогольный галлюциноз (ТГ) [4, 6, 10, 11]. В нашем исследовании ТГ наблюдался в 31% случаев (16 мужчин и 15 женщин). Возраст больных колебался от 27 до 59 лет (средний

—  $44 \pm 9,5$  года), т.е. средний возраст больных на 4 года выше тех, кто перенес абортивный галлюциноз. Продолжительность предпсихотического запоя составила 16,5 дня (аналогично продолжительности запоя перед абортивным галлюцинозом). Длительность ААС также не отличалась от таковой при абортивном галлюцинозе (2,5 дня). Средняя длительность ТГ составила 78,4 ч, а абортивного — 9,8 ч. Суточная дозировка алкоголя во время предпсихотического запоя при ТГ была значительно больше, чем при абортивном галлюцинозе (1043,5 мл водки и 752,9 мл соответственно).

Клиническая картина ТГ была представлена синдромом вербального галлюциноза, относительно систематизированным чувственным бредом преследования. Преобладали аффекты страха, гнева, тревоги и тоскливости. Поведение больных определялось содержанием голосов, особенностями бреда и аффективного состояния. Многие поступки больных находились в полном соответствии с конкретным содержанием бреда. Ориентировка в конкретно-предметной обстановке и во времени страдала незначительно.

В 100% случаев содержание вербальных галлюцинаций имело отношение к больному, «голоса» локализовались во внешнем пространстве. Содержание вербальных галлюцинаций было следующим: обвинения (61%), угрозы (52%), диалоги о больном (39%), комментарии движений, поступков, намерений (19%), приказы (3%). Больные слышали не менее двух голосов. Галлюцинаторные высказывания неоднократно повторялись. В основном «голоса» упоминали о больном в третьем лице.

В стадии развернутого психоза у всех больных отсутствовала критика к слуховым обманам восприятия. Помимо слуховых галлюцинаций возникали и зрительные. Они являлись как бы иллюстрацией того, что слышалось больному. В основном возникал бред преследования. У 19 пациентов бред преследования сочетался с бредом обвинения. Наиболее часто больные спасались

бегством от преследователей (39%), обращались за помощью в милицию, к медицинским работникам (39%), в 22% случаев переходили к самообороне.

После исчезновения психотической симптоматики астенические жалобы сохранялись в среднем 6,9 дня, т.е. дольше, чем при абортном галлюцинозе.

У пяти больных наблюдался структурно сложный алкогольный психоз.

Средний возраст больных составил  $51,4 \pm 2,6$  года. Длительность психоза варьировала от 24 до 168 ч (в среднем —  $72 \pm 61,9$  ч).

Выявлено два варианта течения структурно сложных психозов с доминированием на определённом этапе вербального галлюциноза:

- начало психоза с делириозной симптоматики, а затем присоединение вербального галлюциноза (3 пациента — 60%);
- смена вербального галлюциноза делирием (2 пациента — 40%).

В первом варианте делириозная симптоматика была представлена нарушением сознания, зрительными и тактильными галлюцинациями. Такое состояние возникало в вечернее и ночное время. Днём нарушение сознания редуцировалось, появлялись вербальные галлюцинации. Больные испытывали тревогу и страх. Суетливое возбуждение сменялось бегством, обращением за помощью. Отмечалась частичная амнезия психотических переживаний.

При втором варианте течения структурно сложного алкогольного психоза вначале развивался типичный вербальный галлюциноз. Затем возникало нарушение сознания, появлялись суетливость, зрительные галлюцинации, психоз принимал форму профессионального делирия.

Астеническая симптоматика сохранялась в среднем  $7,8 \pm 3,1$  дня.

Больные с этим вариантом алкогольного психоза оказались несколько старше больных с ТГ, длительность психоза у них существенно не различалась, но

астения сохранялась дольше на 1 сутки. Ввиду малого числа наблюдений делать какие-либо далеко идущие выводы представляется затруднительным.

Острый алкогольный галлюциноз с синдромом психического автоматизма Кандинского—Клерамбо возник у пяти пациентов (4 мужчины и 1 женщина). Возраст больных колебался от 29 до 53 лет (средний возраст —  $42,0 \pm 21,5$  года) и оказался примерно таким же, как и у больных с ТГ.

Продолжительность предпсихотического запоя, длительность ААС и астении существенно не отличались от таковых при ТГ, психоз длился меньше, чем ТГ (50,4 и 78,4 соответственно). Больше была суточная дозировка алкоголя.

«Путаницей мыслей» (20%) больные называли возникновение вербальных галлюцинаций противоречивого содержания, издевательские комментарии голосов к собственным мыслям. Словами «вдалбливают» (20%), «внушают» (40%) мысли больные обозначали назойливое повторение приказов, оскорблений, осуждений. У всех пациентов «голоса» звучали в голове. Это было единственным сходством с псевдогаллюцинациями. Структура сенестопатического автоматизма отличалась сочетанием различных неприятных ощущений без чувства сделанности с вербальными комментирующими галлюцинациями и бредовой интерпретацией. Аффективных и моторных автоматизмов ни в одном из наблюдений также отметить не удалось. У всех пяти пациентов (100%) отмечался бред преследования, наблюдения, воздействия (гипнозом, лучами).

Последовательность исчезновения психотической симптоматики характеризовалась некоторыми особенностями в зависимости от того или иного варианта алкогольного галлюциноза.

Для выявления различий клиники острых алкогольных галлюцинозов у мужчин и женщин использовался непараметрический критерий Манна—Уитни (U-тест). Полученные данные представлены в табл. 5.

Таблица 5

Клинические особенности абортного и типичного алкогольного галлюциноза у мужчин и женщин

	Абортный ОАГ			Типичный ОАГ		
	Мужчины	Женщины	Значение p	Мужчины	Женщины	Значение p
Средний возраст ко времени возникновения психоза (лет)	38,3	43,7	0,024	47,8	40,0	0,034
Средняя продолжительность предпсихотического запоя (дней)	17,4	16,2	0,850	21,2	11,5	0,501
Средняя продолжительность АСС после окончания запоя (дней)	2,5	2,5	0,932	2,5	2,5	0,921
Средняя суточная дозировка алкоголя во время предпсихотического запоя (мл)	861,1	631,3	0,077	1134,3	946,6	0,205
Длительность ОАГ (дней)	10,4	9,1	0,467	51,4	107,2	0,678
Длительность астении (дней)	3,6	4,9	0,014	6,5	7,4	0,501

Таким образом, установлено достоверное различие клиники абортивного галлюциноза у мужчин и женщин лишь по возрасту возникновения психоза ( $p=0,024<0,05$ ) и по длительности существования астенического постпсихотического состояния ( $p=0,014<0,05$ ). Сравнение аналогичных параметров у мужчин и женщин, перенесших типичный алкогольный галлюциноз, выявило статистически значимые различия только по возрасту возникновения психоза ( $p=0,034<0,05$ ).

### Заключение

Патоморфоз острых алкогольных галлюцинозов за последние 40 лет выражается в следующем:

1. Уменьшилась длительность острого алкогольного галлюциноза;
2. Абортивный алкогольный галлюциноз стал возникать чаще, чем типичный острый алкогольный галлюциноз;
3. У больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, изменилось соотношение возникавших ранее галлюцинозов и делириев (раньше — 20,2:1, теперь — 2,6:1);
4. Развёрнутая третья стадия алкоголизма у больных острым алкогольным галлюцинозом раньше встречалась чаще (13,9% и 0%). Теперь у части больных диагностируются начальные проявления третьей стадии;
5. Клиника острого алкогольного галлюциноза у мужчин и женщин стала почти идентичной по длительности психоза и его структуре;
6. Возможно, что изменение соотношения разных вариантов острого алкогольного галлюциноза и со-

кращение длительности существования психотической симптоматики обусловлено в значительной мере широким применением антипсихотиков.

### Список литературы

1. Алиев З.Н. Современные клинко-психопатологические аспекты острого алкогольного галлюциноза и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе: Дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — Баку, 2008. — С. 12—49, С. 206—223.
2. Банщикова В.М., Короленко Ц.П. Алкоголизм и алкогольные психозы. — М.: Медицина, 1968. — 256 с.
3. Бобров А.С. Клиника, терапия и дифференциальная диагностика некоторых острых психотических состояний, развивающихся у алкоголиков: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1963. — 21 с.
4. Гофман А.Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 1968. — 38 с.
5. Гофман А.Г. Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1961. — 21 с.
6. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
7. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных галлюцинозов. — Душанбе, 1984. — 170 с.
8. Иванец Н.Н. Алкогольные психозы: систематика, клиника, дифференциальный диагноз, прогноз, судебно-психиатрическое значение: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 1975. — 36 с.
9. Стрельчук И.В. О некоторых актуальных вопросах алкогольной патологии. — М., 1971, В. 2. — С. 55—63.
10. Шайдукова Л.К. Гендерная наркология. — Казань, 2007. — 287 с.
11. Soyka M. Pathophysiologic mechanisms possibly involved in the development of alcohol hallucinosis // *Addiction*. — 1990. — 95. — P. 289—290.
12. Victor M., Hop J. The phenomenon of auditory hallucinations in chronic alcoholism // *Journal of nerv. a mental disease*. — 1958. — 126, 5. — P. 451.

### ACUTE ALCOGOLIC HALLUCINOSIS CLINIC

NEMKOVA T.I. E-mail: tatyana-nemkova@rambler.ru

The aim of the study was to establish the clinical features of acute alcoholic hallucinosis in modern therapy. A general description of the studied patients with acute alcoholic hallucinosis, options debut and developed stage of psychosis, and their comparative analysis. Assessed gender differences in acute alcoholic hallucinosis clinic. The conclusions about the features of acute alcoholic hallucinosis pathomorphism over the past 40 years.

Key words: alcogolic hallucinosis, pathomorphosis, gender differences