

Когнитивные и аффективные нарушения у больных острым алкогольным галлюцинозом

НЕМКОВА Т.И.

аспирант отделения психических расстройств, осложнённых патологическими видами зависимости, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития РФ; e-mail: tatyana-nemkova@rambler.ru

С целью изучения когнитивных функций и аффективной сферы у больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, безвыборочно обследована группа мужчин и женщин. Использовались следующие методики: «Пиктограмма», «Четвёртый лишний», методика «Дембо — Рубинштейн», шкала Гамильтона, тесты «Ведущая репрезентативная система» и «Сенсорные предпочтения». У больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, обнаружены когнитивные нарушения, характерные для органического поражения мозга, и отсутствуют нарушения мышления, выявляемые у больных шизофренией. Депрессивные расстройства чаще всего отсутствуют либо слабо выражены. Полученные данные не позволяют объяснить возникновение большинства галлюцинозов доминированием аудиальной сенсорной системы. Существуют другие патогенетические механизмы, определяющие возникновение алкогольных галлюцинозов. Ключевые слова: когнитивные функции, аффективная сфера, репрезентативная (сенсорная) система

Введение

Состояние когнитивных функций и аффективной сферы у больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, изучалось недостаточно. Между тем, эти исследования необходимы для суждения о природе алкогольных галлюцинозов. С этой целью безвыборочно обследована группа мужчин и женщин, перенесших острый алкогольный галлюциноз.

Пациенты и методы исследования

Всего обследовано 100 больных острым алкогольным галлюцинозом. Исследование проводилось в отделении психических расстройств, осложнённых патологическими формами зависимости, ФГУ «МНИИП» Минздравсоцразвития и в отделениях городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина. Обследовано 55 мужчин и 45 женщин. Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. Средний возраст — $43 \pm 9,1$ года.

Отбор больных производился с учётом диагностических критериев алкогольного галлюциноза по МКБ-10. Группу больных острым алкогольным галлюцинозом составили пациенты, у которых психотическое состояние длилось менее месяца. Все обследования проводились после купирования психотической симптоматики.

Для выявления особенностей мышления, памяти, самооценки, аффективной и сенсорно-перцептивной сферы больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, использовались следующие методики: «Пиктограмма», «Четвёртый лишний», методика Дембо — Рубинштейн, шкала Гамильтона, тесты «Ведущая репрезентативная система» и «Сенсорные предпочтения».

Методика «Пиктограмма», предложенная А.Р. Лурия, использовалась как для исследования опосредованного запоминания, так и для анализа осо-

бенностей ассоциаций. Пиктограмма обладает большим диапазоном чувствительности и позволяет изучать широкий спектр аффективных и интеллектуальных особенностей. Применение этой методики показало её эффективность и валидность для оценки мышления больных шизофренией, в том числе для ранней диагностики расстройств мышления [1—3, 6—8]. Пиктограмма применяется также при обследовании больных алкогольной зависимостью [10].

Исследование проводилось под предлогом проверки зрительной памяти. Пациентам предлагался набор из 16 слов и выражений: веселый праздник, тяжёлая работа, вкусный ужин, болезнь, печаль, счастье, любовь, развитие, разлука, обман, победа, подвиг, вражда, справедливость, сомнение, дружба. В процессе исследования уточнялись причины выбора больными тех или иных образов и соображения пациентов о том, как выбранные рисунки смогут помочь в запоминании предложенных понятий. В.М. Соловьёва [10] подчеркнула, что, в отличие от больных шизофренией, в пиктограммах больных алкоголизмом отмечается не искажение мышления, а снижение уровня мышления. Больные алкогольной зависимостью с лёгкостью подбирают рисунки для конкретных выражений, а пиктограммы к словам абстрактного содержания вызывают у них затруднения.

Результаты и их обсуждение

В 100% случаев в протоколах обследованных больных отмечены алкогольные образы. Спиртные напитки изображались в ответ на различные стимульные слова. Часто пациенты изображали бутылку и рюмку как атрибуты веселого праздника, а также в ответ на слово «печаль» — «печаль приводит к бутылке» или в ответ на слово «болезнь»: «болезнь — алкоголизм, от этого все проблемы».

У 62 пациентов (62%) отмечались затруднения в подборе рисунков к словам абстрактного содержания, таким, как «справедливость», «развитие», «сомнение». При этом больные с лёгкостью подбирали пиктограммы для конкретных выражений.

Неадекватные образы не встречались, отсутствовали геометрические и графические символы, что характерно для больных шизофренией.

Показатели опосредованного и отсроченного запоминания в большинстве случаев оказались ниже нормы. Средний показатель воспроизведения составил $8,3 \pm 2,1$ слова. Значительное нарушение опосредованного и отсроченного воспроизведения было отмечено у четырёх пациентов: одна из них воспроизвела через час только одно слово, двое — по два слова, а четвёртый — ни одного.

Для проведения методики «Четвёртый лишний» больному был представлен стандартный набор карточек, на каждой из которых изображены 4 картинки. Предлагалось выбрать три из них, которые чем-то связаны между собой, и исключить предмет, который не подходит и существенно отличается от остальных, обозначив группу из трёх предметов. В протоколе исследования фиксировались не только правильность выполнения задания, но и объяснения больного о причине, по которой он исключил тот или иной предмет.

Эта методика позволяет оценить процессы синтеза и анализа, так как больной должен найти обобщающее понятие для трёх предметов (синтез) и выделить один, не соответствующий общему понятию (исключение).

Нарушения были выявлены у 62% пациентов в виде снижения уровня обобщения. Больные решали с лёгкостью первые 3—4 задачи и начинали ошибаться по мере перехода к более трудным задачам. Часто они не могли объяснить и мотивировать свои решения, затруднялись в формулировке обобщающего понятия для обозначения трёх объединяемых предметов. Конкретность мышления, неспособность к абстрагированию обнаруживались в том, что больные пытались вместо обобщения и выделения идти по пути практического использования и ситуационного увязывания назначения предметов. Так, например, вместо того, чтобы в задаче выделить из четырёх предметов «очки», а остальные три предмета назвать измерительными приборами, больной говорил, что ничего на этой карточке исключать не нужно, так как «надев на глаза очки, человек может лучше увидеть показатели весов, часов и термометра».

Нарушения мышления шизофренического регистра, такие, как разноплановость, резонёрство, соскальзывание и опора на латентные признаки, не выявлены.

Обнаруженная патология свидетельствует о снижении уровня мышления, нарушениях памяти, т.е. о тех расстройствах, которые характерны для больных алкоголизмом 2-й и 3-й стадий.

Для исследования самооценки использовался вариант методики Дембо — Рубинштейн с применением четырёх шкал («Здоровье», «Ум», «Характер», «Счастье»). Эта методика получила широкое распространение в психиатрии и психологии благодаря своей простоте, доступности и информативности. Испытуемому предъявлялся набор шкал в виде бланка с изображением шести вертикальных линий постоянной длины. Эксперимент проводился в форме свободной беседы. В начале беседы больному предлагалось отметить своё место на вертикальной линии (актуальная самооценка) в виде «чёрточки» (), допускающая, что на этой линии расположились люди всего мира, при этом самые здоровые, умные, счастливые, с хорошим характером — наверху, а самые больные, глупые, несчастные, со скверным характером — внизу. Далее испытуемому предлагалось отметить «кружком» то место, «где бы он мечтал оказаться», а «галочкой» — «то, чего он реально сможет достичь, объективно оценивая свои возможности». Затем, когда испытуемый выполнял все эти задания, в процессе беседы уточнялись причины выбранных оценок, выяснялось, каких людей пациенты считают самыми больными и самыми здоровыми, самыми умными и самыми глупыми, самыми счастливыми и самыми несчастными, с хорошим и плохим характером. Таким образом, в конечном итоге, выявлялось соотношение самооценки испытуемых с их представлениями об этих категориях.

Анализ полученных в эксперименте данных по шкале «Здоровье» проводился как по содержательной стороне самооценок (установленной в процессе беседы), так и по расположению отметок на линиях. В методике Дембо — Рубинштейн норма и отклонение от неё определялись относительно некой эмпирически обоснованной модели. Согласно этой модели, нормальная актуальная самооценка должна располагаться чуть выше середины; идеальная (кружок) несколько ниже полюса, а оценка своих возможностей (галочка) — между ними. Их высота определяется приблизительно, соотносясь с интервалами между ними. Первый интервал — нормальная самооценка, второй — повышенная, третий, включая верхний полюс, — чрезмерно высокая. Аналогично поступали и для определения нижних интервалов [12].

У 61 больного (61%) отмечено повышение уровня самооценки, а у семи пациентов (7%) самооценка оказалась чрезмерно высокой, что говорит о снижении критики к заболеванию, отрицании алкогольной зависимости. Пациенты говорили, что не считают это серьёзным заболеванием или фактором, который влияет на состояние здоровья. Уровень своего здоровья отнесли к среднему 20 пациентов (20%), объясняя это «тягой» к алкоголю и перенесённым психозом. Лишь у 10 больных (10%) отмечена заниженная самооценка, а у 2 чел. (2%) — чрезмерно низкая. Эти пациенты связывали состояние своего здоровья с алкоголизацией.

Самооценка больных острым алкогольным галлюцинозом по шкале «Ум»

| Самооценка | N=100 | |
|------------|-------|-----|
| | Абс. | % |
| Высокая | 6 | 6% |
| Завышенная | 44 | 44% |
| Средняя | 42 | 42% |
| Заниженная | 7 | 7% |
| Низкая | 1 | 1% |

Особенности самооценки больных по шкале «Ум» представлены в табл. 1.

Из таблицы следует, что заниженная и низкая самооценка по шкале «Ум» встречается редко. Скорее всего, это связано с недостаточной критичностью больных и одновременно свидетельствует об отсутствии депрессивных проявлений у большинства больных. У 50% больных отмечался высокий уровень самооценки. Среди причин, по которым пациенты относили себя к данной категории, были следующие: наличие образования, богатого жизненного опыта, дохода выше среднего. Больные подчеркивали, что они «не глупее многих». Пациенты со средним уровнем самооценки (42%) отмечали, что они менее образованы, начитаны, «со средним интеллектом». Пациенты с низким уровнем самооценки (8%) указывали на недостаточное образование, объясняли свой выбор таким образом: «был бы умнее — не пил», «была бы умнее — не находилась бы сейчас в больнице».

Варианты ответов больных по шкале «Характер» были следующими: пациенты с высокой и завышенной самооценкой (48%) указывали на такие свои психологические особенности, как доброта, терпимость, дружелюбие, открытость, лёгкость в общении; пациенты со средней самооценкой (43%) характеризовали себя как добрых и отзывчивых, но вспыльчивых, раздражительных, ведомых; пациенты с низкой и заниженной самооценкой (9%) считали свой характер плохим из-за вспыльчивости, невнимательности к родным, злоупотребления спиртным. Частота высокой и завышенной самооценки по шкале «Характер», скорее всего, отражает наличие защитных психологических механизмов.

39 пациентов (39%) считали себя вполне счастливыми, потому что «могло быть и хуже». Средний уровень самооценки отмечен у 32 больных (32%), которым для полного счастья нужно было выписаться из стационара. Несчастливыми называли себя одинокие больные, потерявшие работу (29%).

Самооценка больных по шкале «Счастье» демонстрирует достаточно выраженные изменения в системе ценностей, которая касается собственной личности. Лица, «допившиеся» до возникновения алкогольного психоза, всё-таки считают себя вполне счастливыми. Столь же парадоксальной выглядит самооценка, согласно которой,

главное — не прекратить пьянствовать, а выписаться из психиатрического отделения. Даже те, кто считают себя несчастными, — это одинокие лица, потерявшие работу. Их несчастье не в пьянстве, которое привело к одиночеству и потере работы, а только в событиях, которые как будто не связаны с их образом жизни. Самооценка по шкале «Счастье» наиболее рельефно демонстрирует отсутствие критики к злоупотреблению алкоголем и изменённую систему ценностных ориентаций.

Для оценки тяжести депрессии использовался вариант шкалы Гамильтона (HDRS), содержащий 21 пункт. При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделялись 4 области его значений: 0—7 — отсутствие депрессивного эпизода; 8—15 — лёгкий депрессивный эпизод; 16—24 — умеренный депрессивный эпизод; ≥ 25 — тяжёлый депрессивный эпизод.

У 72 пациентов (72%) отсутствовала депрессивная симптоматика. У 19 больных (19%) выявлены симптомы лёгкой депрессии; 7 больных (7%) находились в состоянии умеренной депрессии. И лишь 2 пациента (2%) обнаружили жалобы, соответствующие тяжёлому депрессивному эпизоду.

Данные, полученные по шкале Гамильтона, соответствуют данным, полученным при изучении самооценки больных. И здесь, и там отмечается редкость депрессивных расстройств после исчезновения психотической симптоматики.

Для выявления ведущей сенсорной системы пациентов, предпочитаемого канала восприятия (зрительного, слухового, кинестетического или дигитального) были использованы тесты «Ведущая репрезентативная система» и «Сенсорные предпочтения» [4, 5].

В тесте «Ведущая репрезентативная система» испытуемому предлагалось 12 утверждений и 4 варианта ответов к каждому. Необходимо было расставить цифры от 1 до 4 в бланке ответов в указанном порядке. Та репрезентативная система, которая набрала наибольшую сумму, считалась наиболее важной, ведущей для пациента.

В тесте «Сенсорные предпочтения» испытуемому предлагалось 8 утверждений и 6 пар ответов. Сравнивая попарно предлагаемые варианты, нужно было подчерк-

Ведущая сенсорная система

| Сенсорная система | Нормативные данные (%) | Данные исследования (%) | Значение p |
|-------------------|------------------------|-------------------------|------------|
| Дигитальная | 25 | 44 | 0,0052 |
| Аудиальная | 5 | 31 | 0,0001 |
| Кинестетическая | 35 | 15 | 0,0013 |
| Зрительная | 35 | 10 | 0,0001 |

нуть правильный ответ. Суммируя варианты ответов, можно было выявить ведущую сенсорную систему.

При анализе данных по двум указанным тестам получены одинаковые результаты.

У 44 пациентов (44%) ведущей оказалась дигитальная репрезентативная система («думающий, анализирующий, логический, компьютерный тип»), у 31 пациента (31%) выявлена аудиальная («слуховая») ведущая сенсорная система, 15 больных (15%) обнаружили ведущую кинестетическую («двигательный тип») систему, и лишь 10 больных (10%) указали на зрительный («визуальный») предпочитаемый канал восприятия информации.

Известны следующие нормативные данные о частоте предпочитаемого канала информации у населения [5]:

- 1) дигитальная система — 25%;
- 2) аудиальная — 5%;
- 3) кинестетическая — 35%;
- 4) визуальная — 35%.

Не входя в детальный анализ данных по различиям сенсорной системы у здоровых и больных, перенесших алкогольный галлюциноз, необходимо отметить следующее. У лиц, перенесших галлюциноз, аудиальная сенсорная система доминирует лишь в 31% наблюдений. Поэтому объяснить возникновение большинства галлюцинозов доминированием аудиальной сенсорной системы невозможно.

Для сравнения нормативных данных с теми, которые получены в исследовании, использовался метод поиска различий между двумя пропорциями с использованием двустороннего критерия значимости (табл. 2).

Таким образом, выявлены статистически достоверные и значимые различия по всем показателям ($p < 0,05$).

Полученные данные не подтверждают гипотезу К. Бонгеффера о развитии галлюциноза у людей с речевой одарённостью и «центральным перевозбуждением в

звуковой и словесно-звуковой сферах». Видимо, существуют другие патогенетические механизмы, определяющие возникновение алкогольных галлюцинозов.

У больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, обнаруживаются когнитивные нарушения, характерные для органического поражения мозга, и отсутствуют нарушения мышления, выявляемые у больных шизофренией. Депрессивные расстройства у перенесших алкогольный галлюциноз чаще всего отсутствуют либо легко выражены.

Список литературы

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. — Ташкент: Медицина, 1976. — 325 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.И. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. — М. — Воронеж, 2002. — 512 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М., 1976. — 239 с.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд-е. — СПб., 2010. — 864 с.
5. Кулешова Л.Н. Психология древних ощущений. — СПб., 1999. — 460 с.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. вузов. 7-е изд-е. — М., 2009. — 384 с.
7. Лонгинова С.В. Исследование патологии мышления методом «Пиктограмм»: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.псих.н. — М., 1972. — 33 с.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. — М., 2007. — 224 с.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. — М., 2006. — 312 с.
10. Соловьева В.М. Психическая деятельность больных хроническим алкоголизмом по данным «пиктограммы» // Актуальные проблемы клинической медицины. — СПб., 1989. — С. 33—36.
11. Шлёмина И.В. Клиника шизофренического расстройства (малопрогредиентной шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2009. — С. 148—173.
12. Янышин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. — СПб., 2004. — 336 с.
13. Bonhoeffer K. Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitsirinker. — Vena, 1901. — 251 p.

COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE ALCOHOLIC HALLUCINOSIS

NEMKOVA T.I. Moscow Research Institute of Psychiatry, e-mail: tatyana-nemkova@rambler.ru

Order to study the cognitive functions affective sphere in patients with acute alcoholic hallucinosis, surveyed a group of men and women. Following methods: «Icon», «Fouth excess», «Dembo — Rubinstein», «Hamilton scale»; tests «Leading representative system», «Sensory preferences». Patients with acute alcoholic hallucinosis, found cognitive impairments characteristic of an organic lesions brain and there are no violations detected by patients with schizophrenia. Depressive disorder often lasking or easily expressed. It is impossible to auditory hallucinosis sensory system. There are other pathogenic mechanisms that determine the accurence of alcoholic hallucinosis.

Key words: cognitive functions, affective sphere, representative (sensor) system