

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Л. К. Шайдукова

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Клинико-психологических исследований ремиссий у больных хроническим алкоголизмом проведено недостаточно [1—3], хотя максимальное их продление является одной из основных задач современной наркологии. Амбулаторная практика ведения больных в период воздержания от употребления алкоголя указывает на появление у них в ряде случаев новых (постморбидных) нервно-психических расстройств или трансформацию уже имеющихся.

Целью настоящей работы было выявление нервно-психических расстройств у больных алкоголизмом в период длительных ремиссий клинико-психопатологическим и психологическим (ММРІ) методами. Нами обследовано 346 больных хроническим алкоголизмом с ремиссиями продолжительностью свыше 3 лет, из которых 268 больных тестированы по методике ММРІ. В зависимости от профиля личности больные были распределены на три группы. К 1-й (52 чел.) отнесены лица с психической «нормой» (профили личности располагались на уровне 40—60 Т, пики не превышали 60 Т), ко 2-й (118 чел.) — с крайним вариантом «нормы», входящие в группу риска (профили личности — на уровне 35—70 Т, пики не превышали 70 Т), к 3-й (98 чел.) — лица с манифестными нервно-психическими расстройствами (пики превышали 70 Т). У больных последней группы расстройства были выражены слабо (пики на уровне 71—75 Т), умеренно (пики на уровне 76—80 Т), значительно (пики превышают 81 Т).

Стабильность нервно-психических расстройств в течение длительного времени является основным критерием правильной оценки состояния больных. Больных 2 и 3-й групп наблюдали в течение 3 лет: стабильностью отличались расстройства у лиц с профилями личности в зоне 71—85 Т (3-я группа).

У 88 больных 2-й группы личностные расстройства не выходили за рамки акцентуаций различной выраженности, а нервно-психические были представлены короткими ситуационно вызванными невротическими реакциями. Данные клинических исследований совпадали у них с результатами ММРІ, в то время как у остальных 30 больных этой группы отмечалось расхождение, то есть благополучный профиль личности не соответствовал выраженности клинических проявлений и их стойкости.

У 53 человек отмечалось повышение по 1-й шкале, что клинически выражалось наличием ипохондрического радикала. Во всех переживаниях больных доминировала тема «болезнь—здоровье»: они проявляли повышенное беспокойство о состоянии своего здоровья, фиксировали на нем свое внимание, преувеличивали недомогания. Клиническая структура расстройств была неоднородной: у 17 лиц отмечались обсессивно-ипохондрические, у 15 — астено-ипохондрические, у 14 — истеро-ипохондрические, у 7 — сверхценно-ипохондрические расстройства.

При обсессивно-ипохондрическом варианте расстройств тревога и волнения носили тягостный, нежелательный для больных оттенок, обострялись при поступлении отрицательных сигналов извне (чтение специальной литературы на медицинские темы и нахождение у себя схожих симптомов) либо сигналов, исходящих изнутри (вегетативные колебания, неприятные ощущения в области сердца), что интерпретировалось ими как проявление болезни. На ММРІ у этих больных отмечалось повышение по 1 и 7-й шкалам (ипохондриа и психастения), у 12 человек данной группы — по 8-й (аутизм).

У лиц с истеро-ипохондрическими расстройствами ипохондриа была демонстративной, отличалась зрелищностью, театральностью, проявлялась в выгодных для больных ситуациях, усиливалась при предъявлении им повышенных требований. Обилие и красочность жалоб создавали впечатление их выдуманности, однако у 9 больных было действительное повышение уровня тревоги, депрессивных тенденций, что на ММРІ отражалось высокими показателями по шкалам «невротической триады» (ипохондриа, депрессия, истерия).

У больных с астено-ипохондрическими расстройствами в клинической картине преобладали раздражительность, недовольство, чувство физической и психической

утомляемости, слабости, разбитости, внутренней неудовлетворенности, что сочеталось с ипохондрическими расстройствами, заключающимися в многочисленных жалобах на состояние своего здоровья. Преобладающие пики на профилях личности этих больных отмечены на 1 и 2-й шкалах (ипохондрия и депрессия).

Сверхценно-ипохондрические расстройства заключались в упорном внимании к своему здоровью, своеобразной одержимости идеями его «укрепления», фанатичной приверженности оздоровительным режимам и мероприятиям, создании аффективно насыщенных концепций его «восстановления». У всех больных на ММРІ отмечалось повышение по 1-й шкале (ипохондрия), у 4 — по 6-й (параноидность), у 3, напротив, наблюдались по этой шкале крайне низкие показатели, что расценивалось как стремление скрыть свои расстройства [2].

У 29 больных выявлялась обсессивно-фобическая симптоматика в виде навязчивого стремления анализировать свои поступки, беспокойного и тягостного ожидания своего «провала» в профессиональной деятельности, навязчивых опасений за возможность неверного шага, мучительного переживания малейших неудач, тревожно-боязливое настроение. Постоянный «пересмотр» отношений с окружающими с выявлением негативных сторон своего поведения сочетался с повышенной мнительностью, подозрениями в «неуважении» к ним, навязчивыми волнениями, касающимися «алкогольного прошлого». На ММРІ этих больных отмечалось изолированное повышение по 7-й шкале (психастения).

Кроме расстройств невротического и неврозоподобного регистров, у 36 больных нами были выявлены психопатоподобные нарушения, которые по своей структуре были также неоднородны: у 17 в клинической картине преобладал эксплозивный компонент, у 11 — личностные расстройства эпилептоидного круга, у 8 — сутяжно-кверулянтские тенденции с нарушением адаптации.

Эксплозивные расстройства проявлялись в виде несдержанности, злобных аффектов, агрессивных выпадов, нетерпимости. Аффективные эксцессы возникали в ответ на ситуационное воздействие, особенно когда ставились под сомнение достижения больных, их способности, престиж, авторитет.

Личностные расстройства эпилептоидного круга сочетались со злобнодисфорическими аффективными расстройствами, которые появлялись спонтанно либо по причинам «неситуационного» характера. У этих больных в ремиссии особенно выпукло вырисовывались такие черты, как властолюбие, бескомпромиссность, гиперсоциальность, своеобразная въедливость, консерватизм, косность и непрерываемость взглядов, стремление поучать, руководить, читать нравоучения; отмечалось недоброжелательное отношение к окружающему в сочетании с гневливостью, тяжеловесными дисфорическими аффектами.

Сутяжно-кверулянтский компонент в клинической картине 8 больных проявлялся в постоянных столкновениях с окружающим: «заряженные» какой-либо очередной сверхценной идеей, больные активно пытались их реализовать, вступая в конфликт с окружением. Сверхценные идеи были разнообразными по содержанию, нестойкими, разобиденными, всегда шли вразрез с общественными установками, затрагивали достоинство окружающих, служили причиной бесконечных конфликтов.

Профили личности описанных выше больных (36 чел.) были недифференцированными — выявить какой-либо закономерности в преобладании определенных кодов не удалось.

Паранояльный вариант нервно-психических расстройств, констатированный у 10 больных, заключался в создании различных концепций, основывающихся на убежденности больных в том, что их «травят» в коллективе, «выживают», «ставят подножку», «намекают на прошлое», «тайно издеваются», «ни во что не ставят их авторитет», «принижают их достижения, престиж. Характерно, что подобные идеи возникали только на профессиональном поприще и очень редко в семейной обстановке, касались только морального «воздействия» (унижение, пограние достоинства) и никогда — физического. В отличие от сутяжно-кверулянтских расстройств, сверхценные идеи у этих больных не являлись «руководством к действию», тайно переживались, не служили источником конфликтов, были однообразными по содержанию. На ММРІ отмечались завышенные показатели по 6-й шкале (параноидность).

Таким образом, сопоставление клинических проявлений нервно-психических расстройств, обнаруженных у больных алкоголизмом в период длительных ремиссий, с результатами ММРІ показывает высокую степень достоверности в их совпадениях, что подтверждается результатами катamnестических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева В. С. В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1963.
2. Менделевич Д. М., Муравьев А. А. Казанский мед. ж., 1981, 2.— 3. Сурнов К. Г. Журн. невропатол. и психиатр., 1981, 12.

Поступила 4 февраля 1985 г.