

КЛИНИКА НЕВРОЗОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

И. А. Классен, М. А. Шмакова

*Республиканский наркологический диспансер (главрач — Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР,
кафедра психиатрии (зав. — проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института
совершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Проблема неврозов, осложненных алкоголизмом, своеобразии клинической картины сочетанного заболевания, динамика его развития, а также вопросы лечения в современной литературе освещены недостаточно. Трактовка таких случаев невроза затрудняется тем, что в самой клинической картине алкоголизма может выявляться более или менее определенная неврозоподобная симптоматика. Следует отметить, что первичное обращение больных неврозами, осложненными алкоголизмом, во многих случаях имело место уже в развернутых стадиях алкоголизма при выраженной социальной и личной декомпенсации и главным образом в связи с интенсивной алкоголизацией больного.

Мы наблюдали за 31 больным неврозом, осложненным алкоголизмом. Возраст мужчин колебался от 28 до 46 лет. Невроз навязчивых состояний был выявлен у 12 больных, невроз неврастении — у 19. Истерический невроз как заболевание, предшествовавшее алкоголизму, не встречался.

Мотивами алкоголизации у больных неврозами были стремление избавиться от чувства напряженности, тревожности, фобических и obsessивных расстройств, сниженного настроения и неуверенности, желание преодолеть ощущение социальной неполноценности, улучшить адаптацию к окружающей среде. Эта тенденция начинала выявляться у больных неврозом после «случайного» положительного эффекта от спиртного.

У больных неврозом отмечалось довольно быстрое формирование первичного патологического влечения к алкоголю; алкоголизация приобретала характер постоянного и одиночного пьянства. Особенно выраженная зависимость от алкоголя наблюдалась у больных с фобическим синдромом. К моменту полного развития синдрома психической зависимости и изменений толерантности в сторону ее повышения учащались случаи бесконтрольного употребления алкоголя вне связи с воздействием тех или иных ситуационных факторов. Больных отличали неуклонное стремление к постоянной «обеспеченности» алкогольными напитками, беспокойность этой проблемой и изобретательность в ее решении.

Влечение к алкоголю в одних случаях было навязчивым, неотступно преследующим желанием с элементами борьбы разнонаправленных мотивов; в других — имело характер импульсивной и непреодолимой потребности. Влечение захватывало личность целиком и маскировалось обострившейся невротической симптоматикой с утяжелением фобических, вегетовисцеральных, депрессивных, ипохондрических расстройств. Особенно тяжелый характер патологического влечения к спиртному наблюдался у больных с фобическим и полиobsessивным синдромом, так как оно не подвергалось с их стороны рациональной переработке, не соотносилось с ситуацией, а потому не могло быть преодолимым.

Абстинентный синдром проявлял себя выраженным утяжелением невротической симптоматики, вегетовисцеральными расстройствами системного характера, дисцефальными кризами. Всегда присутствовали вторичные, ярко выраженные фобические переживания витального характера.

В раннем абстинентном периоде отмечались психические расстройства, которые выражались двигательной суетливостью, тревогой, фобическими переживаниями, вегетовисцеральными кризами, сопровождавшимися страхом смерти. Они побуждали больных к импульсивным действиям и поступкам в виде панического бегства из транспорта, с места работы, призывов к оказанию помощи. Больные поступали в специализированные соматические отделения с подозрением на стенокардию, инфаркт миокарда или другое острое состояние со стороны соматической сферы. При осмотре они пребывали в той позе, в которой их «заставал приступ», боялись сделать движение, держались рукой за сердце, обильно потели, дыхание было поверхностным. При объективном обследовании со стороны сердца определялись умеренная тахикардия, переходящие расстройства ритма, некоторая глухость тонов. Артериальное давление характеризовалось неустойчивостью, вначале повышением до умеренных значений, затем снижением. При электрокардиографическом исследовании объективных признаков, подтверждавших инфаркт миокарда

или стенокардию, не выявлено. Больных выписывали из стационара через 1—3 сут с рекомендациями обратиться к психиатру.

В других случаях симптоматика ограничивалась дисфункцией системы пищеварения: расстройством стула изнуряющего характера, тошнотой, потерей аппетита, алгическими ощущениями, вздутием и громким «урчанием» кишечника, общим дискомфортом. Наблюдались также вегетативные кризы в форме частого мочеиспускания в утренние часы. Все эти расстройства сопровождались вторичными фобиями, страхом смерти, снижением настроения, нарастающей ипохондрической фиксацией.

В более позднем периоде абстиненции появлялись стойкая астенодепрессивная, ипохондрическая симптоматика, апатическое, адинамические расстройства, которые не коррелировали с соматическим состоянием больных. Типичными были лабильность эмоционального состояния, назойливость, обилие жалоб, стремление к получению эмоций сопереживания. В дальнейшем отмечались стойкая фиксация симптомов, монотонность жалоб. При последующей алкоголизации характер злоупотребления алкоголем становился постоянным, что создавало впечатление злокачественного течения, так как меры социального воздействия не давали сколько-нибудь надежного успеха. Вместе с нарастающими психопатологическими расстройствами прогрессировали признаки деградации личности, ее огрубления в эмоционально-волевом и интеллектуальном плане. Клиническая картина невроза претерпевала трансформацию в сторону формирования недифференцированных форм, уже не имевших зримой связи с предшествующей психогенией. У больных снижалась интеллектуальная переработка своего состояния, поэтому в клинической картине данного сочетанного заболевания ведущим звеном становились симптомы алкоголизма; невротическая же симптоматика расценивалась как сопутствующая. Однако при тщательном анализе психопатологических нарушений абстинентного периода, особенно психического состояния больного в ремиссии, выявлялись расстройства, которые в большей степени, чем при обычном алкоголизме, имели системный характер, а фобическая и обсессивная симптоматика, вегетовисцеральные синдромы были более длительными, упорными и непреходящими.

Сравнение общей динамики течения алкоголизма при неврозе невращения и неврозе навязчивых состояний показало более тяжелый характер у последней формы. Психические расстройства, возникавшие при неврозе навязчивостей, играли более значительную роль в клиническом оформлении симптомов алкоголизма, чем личностные особенности больного, как это имело место в проявлениях алкоголизма при невращении.

Приведенные выше клинические особенности неврозов, осложненных алкоголизмом, требуют комплексного лечения, основанного на единстве психосоциальных и биологических методов. Следует учитывать личностный, социальный и биологический факторы индивидуума, а также структуру синдрома, особенности проявлений патологического влечения к алкоголю, мотивацию алкоголизма, отношение личности к болезни.

В раннем периоде абстиненции необходимо снимать симптомы алкогольной интоксикации, одновременно осуществляя лечение психических расстройств в зависимости от выявленной структуры синдрома. Успешное лечение вегетовисцеральных расстройств является важной задачей, так как вместе с исчезновением симптоматики угасает мотивация алкоголизма, уменьшаются фобические переживания и ипохондрическая фиксация. Интенсивная терапия, направленная на подавление влечения к алкоголю, тесно переплетается с лечением того или иного симптомокомплекса невроза. На более позднем этапе постинтоксикационного периода лечение имеет своей целью ликвидацию астенодепрессивной симптоматики, ипохондрической фиксации, обсессивно-фобических расстройств.

При астенодепрессивном синдроме препаратами выбора служат транквилизаторы (диазепам, сибазон, рудотель, нозепам и др.) в комбинации с антидепрессантами (азафен, пиразидол) в течение 3—4 недель. В последующем рекомендуется лечение психостимуляторами, а также ноотропами.

При тревожно-депрессивном синдроме мы применяли сочетание феназепам, нозепама, мексикара, карбидина, неуплетила, этаперазина с пиразидолом, амитриптилином до 3 недель, а затем мексикара, феназепам, рудотеля, карбидина с азафеном, сиднофеном, ноотропами до 2 месяцев.

При апатико-адинамическом симптомокомплексе мы практиковали лечение умеренными дозами модитен-депо, соннакса, меллерила, тералена в комбинации с ацефеном, ноотропами.

При астеноипохондрическом синдроме назначали транквилизаторы со стимулирующим эффектом и антидепрессанты в индивидуально подобранных дозах. Амитриптилин давали только при тревожном настроении.

При включении в структуру синдрома фобических, обсессивных симптомокомплексов нами использовался этаперазин в комбинации с карбидином, неуплетилом, хлорпротиксеном, тераленом, финлепсином, трифтазином. Возможны такие средства, как сонапакс, меллерил. Обязательна комбинация перечисленных выше препаратов с антидепрессантами типа амитриптилина, пиразидола. В последующем рекомендуется переход на психостимуляторы и ноотропы.

Лечение депрессивно-ипохондрического синдрома осуществлялось этаперазином, трифтазином, меллерилом, сонапаксом, хлорпротиксеном в сочетании с антидепрессантами.

Изолированный обсессивно-фобический симптомокомплекс уступал сочетанному действию нейролептиков с френолоном и антидепрессантами.

Тревожно-фобический синдром мы лечили комбинацией препаратов типа элениум, седуксен, феназепам в сочетании с сонапаксом и антидепрессантами (амитриптилин, пиразидол).

Вегетовисцеральная симптоматика, проявляющая себя в структуре того или иного синдрома, требовала дифференцированного подхода к лечению. При преобладающем тоне симпатической системы применяли симпатолитики (эуфиллин, дибазол, папаверин, пирроксан) в комбинации с парасимпатомиметиками (прозерин, галантамин, витамин В₆, препараты калия, инсулин в малых дозах с последующим введением 40% глюкозы внутривенно через 2 ч). При преобладании тону парасимпатической системы назначали симпатомиметики (эфедрин, стрихнин, глютаминовая кислота, аминалон, метионин, препараты кальция, витамины С, В₁) и парасимпатолитики (атропин, белладонна, амизил, бензацин). Дозировки перечисленных выше препаратов и сочетания их должны быть индивидуальными и дифференцированными. При смешанной картине вегетативных расстройств возможно назначение вегетолитиков смешанного типа (беллоид, белласпон, платифиллин, димедрол, пипольфен, супрастин). Хороший вегетостабилизирующий эффект дает назначение препарата грандаксина в индивидуально подобранных дозах. Одновременно следует проводить общеукрепляющее, дезинтоксикационное лечение, витаминотерапию. Показано широкое применение физиопроцедур, массажа.

Психотерапия больных неврозом, осложненным алкоголизмом, имеет свои особенности. Следует отметить хорошую вовлекаемость больных в психотерапевтический процесс, податливость и готовность их к психотерапевтическим контактам. Первостепенной задачей после ликвидации интоксикационного синдрома является лечение невроза, которое предусматривает интенсивную медикаментозную терапию, сочетающуюся в последующем с психотерапией.

В индивидуальных сеансах после диагностики заболевания и установления эмоциональных контактов в рациональной психотерапии усилия должны направляться на то, чтобы больной осознал свое невротическое расстройство, этиологические факторы, приведшие к нему. Поэтому больному разъяснялось, как невроз стал мотивом алкоголизации и последующего пьянства. Вместе с больным прослеживалась динамика развития основного заболевания, изменений в личности путем оживления в его памяти прежних установок и интересов и сопоставления их с периодом психотерапевтических контактов. Эмоции сожаления, неудовольствия по поводу пьянства вместе с отчетливой лечебной перспективой избавления от невроза формировали у больного выраженную эмоционально активную установку на лечение.

Непременным условием лечения была постановка и обсуждение вопросов, касающихся абсолютной трезвости больного. Трудности преодоления больными барьера полного отказа и «навсегда» от употребления спиртного при еще сохранившихся невротических симптомах (при проверенной «надежности» действия алкоголя) ограничивали на данном этапе задачу трезвости. После преодоления невроза отпадала и необходимость употребления алкоголя как мотива. Исключением являлись случаи, когда крайне тяжелые социальные последствия пьянства не могли быть успешно преодолены больным. Лучшие результаты достигались тогда, когда больные начинали лечение в психотерапевтическом кабинете, еще находясь в стационаре. При этом после этапа дезинтоксикационной терапии больных лечили только по поводу невроза. Назначение аверсивной и сенсibilизирующей к алкоголю терапии при отрицательном к ней отношении, а также при выраженной «соматизации» невроза должно исключаться полностью. Гипносуггестивная терапия (коллективная и индивидуальная) была седативного плана и направлялась на снятие невротических расстройств и ипохондрической фиксации больных на них. При плохой гипнабельности и для более быстрого достижения эффекта (психологически важного момента терапии больных) в первые несколько сеансов внутривенно вводились небольшие дозы амиталя натрия по методике наркогипноза.

Поддерживающая медикаментозная терапия в комбинации с психотерапией осуществлялась по индивидуальным показаниям и являлась предметом выбора врача и больного.

После значительного улучшения состояния больного (невротического расстройства) проводилось несколько сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии по методике В. Е. Рожнова [1]. Этот вид лечения производил на больных неврозом, страдающих алкоголизмом, на фоне «шадящей» психотерапии неожиданно шокирующий эффект с возобновлением очень тягостных психических переживаний в сеансе, тяжелыми вегетативными расстройствами, которые по механизму «возбуждающих воспоминаний» укрепляли больного в необходимости абсолютного отказа от спиртного. Императивно внушалась невозможность дальнейших употреблений алкогольных напитков из-за возможности возобновления невроза. Выздоровление от невроза являлось сильной конкурирующей доминантой к другим возможным мотивам пьянства. Контрольный период осуществлялся путем сохранения длительных эмоционально насыщенных доверительных контактов с психотерапевтом. Семейная психотерапия и нормализация семейных отношений были благоприятным фоном для успешного лечения больных.

Динамическое наблюдение за этой категорией пациентов показало, что у больных, которые после периода ремиссии вновь начинали злоупотреблять алкогольными напитками, невротические симптомы не возобновлялись или оставались в редуцированном виде. Алкоголизм был обусловлен теперь другими мотивами, дальнейшей деградацией личности. При сравнении двух сочетанных заболеваний, когда невроз осложнялся алкоголизмом, оказалось, что невроз возможно успешно лечить, в то время как алкоголизм может давать рецидивы, если не создавать активной трезвеннической установки у больных и не учитывать другие факторы, играющие роль при алкоголизме. Поэтому мы подчеркиваем необходимость такого психотерапевтического воздействия на больного, которое преследовало бы цели не только купирования невротических симптомокомплексов, но и осознания больными наличия у них симптомов алкоголизма с последующей выработкой твердой установки на трезвость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рожнов В. Е. // В кн.: Сборник трудов института им. В. П. Сербского.— М., 1971.

Поступила 18.04.86.

УДК 616.895.8

ВЛИЯНИЕ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ИХ СЕМЕЙНУЮ АДАПТАЦИЮ

Н. Ф. Носенко

*Нефтекамский психоневрологический диспансер (главврач — Э. С. Гатауллин) БАССР.
Научный руководитель — проф. В. С. Чудновский*

Лечебно-восстановительные мероприятия при шизофрении не ограничиваются купированием психотических состояний, но имеют также своей целью возможную социальную реадaptацию больных, которая включает в себя как профессионально-трудовую деятельность, так и социальное приспособление. Семья как первичная социальная группа, в которой индивидум формируется и познает себя как личность и которая опосредует его отношения с обществом, образует особую психологическую среду с максимальной близостью общения. Поэтому семейные отношения обязательно сказываются на течении заболевания. Полная социальная компенсация психического дефекта не достигается без активного участия сознания больного и без критического отношения к болезни [3]. Без учета самосознания невозможно изучение межличностных отношений, в том числе и семейных [2, 4].

Целью данной работы являлось изучение семейно-бытовой адаптации больных шизофренией в зависимости от уровня самосознания.

Было обследовано 154 больных шизофренией, находившихся на стационарном лечении с 1982 по 1984 г. Мужчин было 76, женщин — 78, возраст больных — от 16 до 58 лет. Длительность заболевания — от 1 до 10 лет и более. У 130 больных был шубообразный и у 21 — непрерывно-прогредиентный тип