

ская дисгармония является показателем внутриличностных конфликтов, свидетельствует о сохранности здоровых, не-алкогольных компонентов психики, способности адекватно оценивать свое положение, связанное со злоупотреблением, об отсутствии алкогольной анозогнозии.

При качественной оценке была выявлена неоднородность признаков. В группе «первичных» больных высокие показатели по шкале психопатии (54,8%) сочетались с высокими показателями по шкале тревоги (58%). Подобное сочетание, на наш взгляд, является более благоприятным, чем повышение только по одной шкале психопатии, так как ситуационно возникающие реакции самообвинения «разбавляют» беспечно-эйфорический фон, возвращают на время к трезвенническим установкам, препятствуют развитию анозогнозии. В группе «повторных» больных также отмечались высокие показатели по шкале психопатии (54,3%), значительно реже сопровождавшиеся повышением по шкале тревоги (22,8%). В отличие от остальных групп у этих больных регистрировались отдельные пики по шкале психопатии, что является признаком обеднения характерологического облика больных.

В группе «ремиссионных» больных профили личности значительно отличались от таковых у предыдущих двух групп наличием пиков невротической триады (ипохондрии, истерии), что свидетельствовало о новой психической ориентации в ремиссии. По относительно невысоким (по сравнению с предыдущими группами) показателям можно было судить об определенном равновесии в рамках вновь сложившейся системы психической адаптации в ремиссии. Вместе с тем расположение большинства профилей личности больных (91,4%) в зоне 61—70Т (пограничная зона) доказывало, что эта адаптация является недостаточно качественной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К., // В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. — М., 1963.
2. Альтиулер В. Б., // Журн. невропатол. и психиатр. — 1983. — № 4. — С. 596—599.
3. Black F. W., Heald A., // J. Clin. Psychol. — 1975. — Vol. 31. — P. 572—575.
4. Conley J. J. Pers. Assess. — 1981. — Vol. 45 (1). — P. 33—39.
5. Donovan D. M., Chaney E. F., O'Leary M. K., // J. nerv. ment. Dis. — 1978. — Vol. 166. — P. 553—561.
6. Goldstein S. G., Linden I. D., // J. Abnorm. Psychol. — 1969. — Vol. 74. — P. 661—669.

Поступила 15.05.90.

УДК 616.831—002—02:616.89—008.441.13

## К КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА, СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

А. Н. Ибатов

Кафедра наркологии (зав. — проф. Ю. С. Бородкин) Ленинградского института  
усовершенствования врачей

**Реферат.** Изучена клиника алкоголизма, развившегося у 69 больных на фоне отдаленных последствий нейроинфекции. Установлено, что формирование и течение такого алкоголизма происходят ускоренно, а само органическое заболевание головного мозга имеет тенденцию к прогрессируемости.

**Ключевые слова:** нейроинфекция, алкоголизм.

До сих пор нет однозначного ответа на вопрос, возрастает ли после перенесенной нейроинфекции вероятность развития алкоголизма. Исследований, посвященных влиянию нейроинфекции на возникающий после нее алкоголизм, крайне мало. Алкоголизм на фоне отдаленных последствий после перенесенных нейроинфекций в виде психопатоподоб-

ного синдрома встречается часто, клиника его весьма вариабельна и недостаточно изучена.

Целью настоящего исследования являлся анализ клинических особенностей алкоголизма, развившегося на фоне отдаленных последствий нейроинфекции в виде психопатоподобного синдрома.

Обследовано 69 больных алкоголизмом II стадии в возрасте от 31 до 42 лет, которые в возрасте от 3 до 6 лет перенесли параинфекционные энцефалиты; последние и повлекли за собой органическое заболевание головного мозга в виде психопатоподобного синдрома. Резидуально-органические изменения в инициальном периоде носили недоста-

точно дифференцированный характер и проявлялись примерно однотипной симптоматикой (задержка психофизического развития, явления двигательной расторможенности и др.) наряду с вегетативной неустойчивостью, расстройствами сна, аппетита, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям.

К 6—8 годам происходило постепенное усложнение клинической картины за счет расширения спектра аффективно-волевых расстройств, разнообразия личностных и поведенческих нарушений, что свидетельствовало о структурировании отдельного клинического варианта постинфекционного психопатоподобного синдрома. Окончательное формирование этого синдрома заканчивалось в 12—14-летнем возрасте. В отличие от истинных психопатий, в структуре постинфекционного психопатоподобного синдрома, как правило, имели место проявление психоэндокринного и психоорганического ряда (расстройства в сфере влечений, нерезко выраженная дизэнцефальная симптоматика, ликвородинамические нарушения и др.).

Указанные резидуально-органические нарушения способствовали формированию ранней социальной дезадаптации. Дети плохо приспосабливались к школьной дисциплине, были непослушными, не терпели замечаний в свой адрес, совершали побеги из дома, легко поддавались дурному влиянию, обнаруживали расторможенность сексуального влечения и склонность к совершению импульсивных жестоких поступков. Больные вращались в кругу асоциальных элементов, рано начинали курить и употреблять алкогольные напитки, а в дальнейшем и злоупотребляли ими.

Психопатоподобные расстройства, возникшие к 12—14 годам как последствия нейроинфекции, проявлялись в следующих клинических вариантах: 1) эксплозивный (структура постинфекционного резидуально-органического синдрома больных характеризовалась склонностью к взрывным аффективным реакциям); 2) с явлениями психической неустойчивости (больные отличались эмоциональной лабильностью с широким диапазоном колебаний настроения, а также непостоянством целей и интересов); 3) истериформный (в структуре постинфекционного психопатоподобного синдрома больных преобладали истерические расстройства); 4) дистими-

ческий (больные были склонны к депрессивно окрашенным расстройствам настроения).

При присоединении алкоголизма к постинфекционному психопатоподобному синдрому происходило изменение ряда основных его симптомов. Период бытового пьянства продолжался до года. Больные были не в состоянии сами ограничивать дозу спиртного. Глубокое опьянение сопровождалось неправильным поведением (моторно-агрессивными разрядами) с последующими полимпсестами. Влечение к алкоголю формировалось в течение 1—1,5 лет от начала систематического употребления алкоголя. Рано утрачивался защитный рвотный рефлекс. У всех обследованных отмечались измененные формы алкогольного опьянения. Часто наблюдались дисфорические, эксплозивные, истерические ее формы. При этом выявлялась определенная зависимость между характером клинических проявлений картины опьянения и отдельными вариантами постинфекционного психопатоподобного синдрома. Так, у лиц с эксплозивными и дистимическим вариантами постинфекционного психопатоподобного синдрома опьянение протекало, как правило, по дисфорическому типу со злобностью, жестокостью, агрессивными действиями, усилением конфликтности и раздражительности. Этим расстройствам сопутствовали сенестопатические и депersonализационно-дереализационные нарушения. Обнаруживалась особая невыносимость к звуковым и световым раздражителям, а также повышенная чувствительность к запахам. Вазовегетативные расстройства были усилены.

У 7 больных наблюдалось опьянение с импульсивными действиями, которые сопровождалось явлениями сексуальной расторможенности. Патология влечений проявлялась в гиперсексуальности, садистских тенденциях. Иногда больные обнаруживали сексуальные эксцессы, имеющие перверзный характер, с принуждением младших или слабых сверстников к сожительству и половым извращениям. У 11 больных в состоянии алкогольного опьянения отмечалась параноидная настроенность. У 8 пациентов алкогольное опьянение протекало в виде эйфорического синдрома, который сопровождался расторможенностью сексуального влечения. У представителей истериформного варианта постинфекцион-

ного психопатоподобного синдрома картина опьянения отличалась выраженными истеро-возбудимыми нарушениями. Наблюдалось усиление истерических проявлений, частые эмоциональные вспышки, истерические физические симптомы, которые, как правило, сопровождалась выраженными вегетососудистыми проявлениями. У больных другого клинического варианта — с явлениями психической неустойчивости — был маниакальноподобный тип измененного простого алкогольного опьянения.

В структуре абстинентного синдрома у обследованных большой удельный вес занимали психические нарушения в виде параноидной настроенности, примитивных зрительных и слуховых галлюцинаций, стойкой агрипнии и анорексии, депрессивно-ипохондрических, сенестопатических и деперсонализационных расстройств наряду с выраженным compulsивным влечением к алкоголю. В абстинентном состоянии возникали, а затем и оставались на разные сроки выраженные в той или иной степени церебрально-органические симптомы, которые затем наблюдались и вне алкогольных эксцессов.

Соматовегетативные расстройства у больных проявлялись головными болями, головокружением, тахикардией, колебанием АД (как в сторону повышения, так и в сторону понижения), потливостью, выраженным тремором, болями в области сердца и во всем теле, астений и др.

Форма потребления алкоголя быстро приобретала характер истинных запоев, и светлые промежутки между запоями с течением времени сокращались. По мере прогрессирования заболевания так называемые алкогольные изменения личности способствовали нарастанию изменений личности по психоорганическому типу и к моменту обследования можно было констатировать следующую транс-

формацию имевшихся ранее клинических вариантов постинфекционного психопатоподобного синдрома. У лиц с эксплозивным и истериформным вариантами отмечался возбудимый вариант алкогольного психоорганического синдрома; у лиц с явлениями психической неустойчивости — эйфорический и апатический формы, у больных с дистимическим вариантом — алкогольные изменения личности в виде повышенной возбудимости. У всех больных быстро нарастал эгоцентризм, нравственное огрубение, инертность мышления, ослабление памяти, ограничение круга интересов, снижение профессионального мастерства.

Критика своего состояния больными была сниженной. Во время пребывания в стационаре патологическое влечение к алкоголю у больных не подавлялось, только в периоде интенсивной занятости больных оно могло на короткий период почти полностью исчезнуть. На фоне неугасающего влечения к алкоголю у больных наблюдались повышенная возбудимость, отсутствие критики своего состояния, оппозиционное и формальное отношение к противоалкогольному лечению. Эти больные терроризировали других пациентов, склоняли их к выпивке, побегу, рождали недоверие к терапии. Лечение таких больных должно быть комплексным и помимо назначения специфических противоалкогольных средств должно включать массивную дегидратационную и рассасывающую терапию. В адекватной форме следует применять психотерапию и психофармакологические корректуры.

Таким образом, при присоединении алкоголизма к отдаленным последствиям нейроинфекции в виде психопатоподобного синдрома отмечаются ускоренное формирование и течение алкоголизма, а также тенденция к прогрессивному течению самого органического поражения головного мозга.

УДК 616.895.8:613.84

Поступила 06.12.89.

## ОСОБЕННОСТИ НИКОТИНИЗМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. Д. Менделевич, А. Т. Кулагин

Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д. М. Менделевич)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

**Реферат.** На основании обследования 60 больных шизофренией и 25 больных эпилепсией описана структура никотинизма; про-

анализированы мотивообразующие составляющие курения. Выявлены корреляции между увеличением интенсивности курения и нараста-