

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 вегетосудистыми 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 компульсивным 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 возбужденный 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 нарастали 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 корректоры.

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

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-

нием психотической тревоги, а также появлением симптомов нейролептического синдрома (в частности акатизии). Изучена структура никотинизма больных с шизофреническим дефектом. Пристрастие к сигарете в этой группе отражает механизм шизофренической диссоциации психики и может рассматриваться в качестве составной части болезненных нарушений волевого процесса.

Ключевые слова: шизофрения, никотинизм.

2 иллюстрации. Библиография: 3 названия.

Интересы наркологов и врачей смежных дисциплин направлены в первую очередь на изучение структуры потребления, механизмов привыкания и причин формирования нарко-, токсикоманий и никотинизма у здоровых или соматических больных людей, что связано с профилактической направленностью медицинских мероприятий. Вместе с тем литература располагает весьма незначительным числом научных исследований, посвященных оценке влияния курения на течение психических заболеваний, анализу мотивов потребления никотина лицами, находящимися в состоянии психоэмоционального напряжения. Известно лишь, что курение, наряду с употреблением алкоголя и «поеданием пищи», способствует снятию тревоги и напряжения. Однако неясно, каков уровень действия никотина, и способен ли он купировать не только «психологическую», но и «психопатологическую» тревогу. Имеются клинически подтвержденные сведения о том, что хронически психические больные курят значительно чаще и в большем количестве, чем здоровые в психическом отношении люди или пациенты терапевтических, хирургических, инфекционных и иных клиник. По данным зарубежных исследований [2, 3], лица с хроническими соматическими заболеваниями часто прекращают курение вследствие некоторых социально-психологических факторов (из-за тяжести соматического недуга или в результате адекватной санитарно-просветительской работы врачей). На пациентов же, страдающих хроническими заболеваниями, не оказывает существенного влияния в этом плане ни осознание тяжести своей болезни, ни санитарное просвещение.

Целью настоящей работы являлось исследование структуры никотинизма у больных, страдающих хроническим психическим заболеванием — шизофренией. На основании опроса и самоотчетов больных оценивали количественную и качественную стороны никотинизма,

сравнивали показатели в стационаре и дома, анализировали взаимоотношения изменений структуры никотинопотребления с тяжестью и особенностями клинической картины психического заболевания, интенсивностью медикаментозной терапии и другими параметрами.

Основную группу составили 60 мужчин, больных шизофренией, находившихся в стационаре Казанской городской психоневрологической больницы в связи с обострением состояния. Были проведены опрос пациентов о характере их курения, а также клинико-психопатологическое обследование и анализ симптоматики больных. В качестве группы сравнения были обследованы 25 больных, страдающих другим хроническим психическим заболеванием — эпилепсией. Выбор пациентов с эпилепсией в качестве контроля был обусловлен целями исследования, в первую очередь клинической альтернативой шизофрения—эпилепсия, а также тем, что терапевтические схемы при названных выше заболеваниях принципиально различны.

Как показали исследования, 91,7% больных шизофренией оказались курящими, что значительно превышало число курящих здоровых мужчин в популяции. По данным Э. В. Малая [1], в СССР насчитывается от 70 до 75% курящих мужчин. Среди больных эпилепсией (контрольная группа) курили 68% мужчин.

Среди больных шизофренией можно было выделить три контингента пациентов в зависимости от структуры курения. Из 60 мужчин основной группы курили постоянно (и дома, и в стационаре) 80% больных, причем только в психиатрическом стационаре — 11,7%, не курили совсем 8,3% обследованных. В контрольной группе распределение было следующим: постоянно курили 60% мужчин, только в стационаре — 8% и не курили совсем — 32%. Как видно из приведенных данных, курящих среди больных шизофренией оказалось больше, чем среди больных эпилепсией, причем число куривших только в психиатрическом стационаре также преобладало. Именно этот контингент больных привлек наше особое внимание.

Анализ никотинопотребления больных шизофренией показал, что увеличение интенсивности курения среди пациентов коррелирует, с одной стороны, с резким ухудшением психического состояния, появлением и нарастанием та-

ких симптомов, как тревога, беспокойство, агитация, а с другой — с массивной психотропной терапией, сопровождающейся нейролептическим синдромом с преобладанием акатизии. Увеличение никотинопотребления (причем в 2—3 раза) среди больных шизофренией отмечалось чаще при помещении их в психиатрический, а не в соматический стационар (рис. 1).

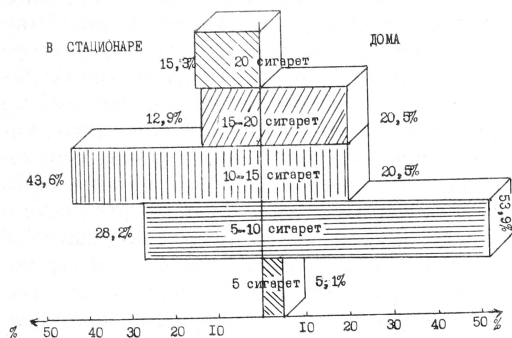


Рис. 1. Структура курения больных шизофренией.

Обращал на себя внимание и тот факт (рис. 2), что интенсивность курения у больных шизофренией в стационаре имела склонность к видоизменению. Пациенты, которые курили лишь в стационаре, чувствовали значительную тягу к сигарете в первые же сутки поступления в больницу — им требовалось свыше 20 сигарет или папирос в день. Свою потребность курить они объясняли желанием успокоиться, снять тревожное настроение. Пациенты с преобладанием в клинической картине заболевания депрессивных идей (тоскливого настроения) значительно реже прибегали к курению как к средству нормализации

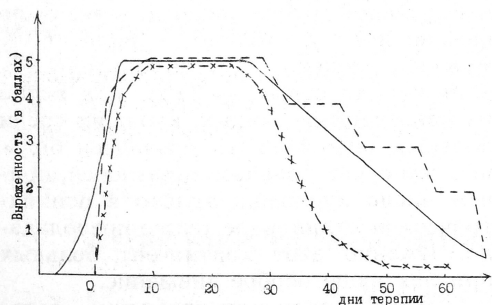


Рис. 2. Зависимость интенсивности курения от доз нейролептиков и выраженности нейролептического синдрома. Обозначения: сплошная линия — курение, пунктирная — дозы нейролептиков, фигурно-пунктирная — нейролептический синдром.

эмоционального состояния. При доминировании в клинике паранойяльных или параноидных расстройств интенсивность курения практически не отличалась от таковой у больных с тревожным радикалом, поскольку эти симптомокомплексы имели тенденцию к сочетанию. Большинство больных шизофренией и после медикаментозного купирования тревожно-депрессивного симптомокомплекса продолжали также много и часто курить. Доминирующим мотивообразующим (в плане никотинизма) оставалось двигательное беспокойство — неусидчивость, невозможность длительное время пребывать в однообразной позе. Подобное состояние наблюдалось на фоне максимальной насыщенности нейролептиками и было расценено нами как проявление нейролептического синдрома (акатизия), субъективно практически не отличающееся от психопатологического феномена — тревоги. В течение 2—3 нед интенсивность курения оставалась такой же высокой, затем она постепенно начинала снижаться, что коррелировало как с нормализацией психического статуса (исчезновением тревоги при сохранении в части случаев паранойяльного синдрома), так и с купированием нейролептического симптомокомплекса.

Среди мотивации курения больных эпилепсией, в структуре которой отсутствовали тревога и нейролептическая акатизия, не было желания снять болезненное состояние как по словам самих пациентов, так и по результатам клинических наблюдений. Не отмечено в контрольной группе и корреляций между структурой никотинизма, с одной стороны, и тяжестью болезненного состояния и терапией — с другой.

При анализе причин изменения структуры никотинизма при помещении шевнобольных в психиатрический стационар было выдвинуто несколько гипотез. Основой доводов в пользу курения среди больных шизофренией, как показало исследование, является физиологическая потребность снятия болезненного эмоционального состояния (тревоги, агитации) и последствий нейролептической терапии (акатизии) с помощью никотина. Не последнюю роль в увеличении интенсивности курения в психиатрическом стационаре играют психологические факторы, в частности большое количество свободного времени (бездеятельность) в условиях ограниченных

возможностей выбора деятельности. Наши исследования дают возможность предполагать, что никотин способен приводить к исчезновению эмоциональных расстройств не только психологического, но и психопатологического уровня.

Особая, отличная от иных групп, структура никотинизма наблюдалась у больных, заболевание которых можно было обозначить как шизофренический дефект (18 мужчин). Клиническая картина заболевания характеризовалась негативными симптомокомплексами — нарастающей аутизацией, апатией и абулией, кататоническими стереотипиями, дезинтеграцией мышления. Большинство больных этой группы настойчиво однотипно требовали предоставить им папиросы, обращаясь к персоналу и другим больным. Однако получая возможность курить, душевнобольные, как правило, использовали папиросы неприкурренными. Они имитировали процесс курения, стереотипно манипулировали папиросой во рту, применяя ее в качестве своеобразной соски.

Клинический анализ позволяет предположить, что никотинизм (пристрастие к курению) больных с шизофреническим дефектом является составной частью болезненных нарушений волевого процесса. Он отражает механизм

шизофренической диссоциации — расщепления, распада психической деятельности, возвращения психических функций на более низкий уровень развития. Потребность в сигарете у больных с шизофреническим дефектом можно понимать как возврат к формам орального автоматизма.

Результаты проведенного исследования показывают, что структура никотинизма у больных шизофренией имеет значительные принципиальные отличия от курения здорового человека, а также соматически больных и пациентов с нешизофреническими психическими заболеваниями. Никотинизм у обследованных можно считать производным душевной болезнью и в некоторой степени последствием психотропной терапии. Дальнейшие углубленные биохимические исследования взаимовлияния никотина с веществами, ответственными за развитие некоторых симптомов шизофрении, позволят уточнить означенную проблему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малая Э. В. // Сов. здравоохран. — 1973. — № 5. — С. 32—34.
2. Dowley H. // Int. J. Addict. — 1987. — Vol. 22. — P. 477—485.
3. Sirota A., Curran J., Habif V. // J. Clin. Psychol. — 1985. — Vol. 41. — P. 575—579.

Поступила 14.11.89.

УДК 616.831.313—02:616.89—008.428.5

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Д. М. Менделевич, С. В. Афанасьев

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

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

Р е ф е р а т. Обследован 31 больной с органическим поражением височной области травматического, сосудистого и инфекционного генеза с позиций структурно-динамического анализа, который показал, что поражение височной области сопровождается поливокальным сложным стабильным галлюцинозом.

Ключевые слова: мозг, височная область, органические поражения, вербальный галлюциноз.

Библиография: 11 названий.

О наличии слуховых галлюцинаций при поражении височных долей имеется обширная литература. Описаны различные виды обманов восприятия — от

акозмов до вербального галлюциноза [3, 7, 8]. Общими особенностями галлюцинаторных расстройств являются их истинность, пароксизмальность, несложность, отсутствие бредовой интерпретации [1].

Патологические процессы в слуховом анализаторе вызывают, как правило, элементарные слуховые галлюцинации, вербальные и невербальные [5, 6]. Слуховые галлюцинации при этом однообразны, слышатся то внутри головы, то извне и могут носить упорный характер в связи со стойкими резидуальными из-