

РЕМИССИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Л. К. Шайдукова

Кафедра психиатрии (зав. - проф. К.К. Яхин) Казанского государственного
медицинского университета

Алкоголизм - одно из немногих по-
лигенных заболеваний, изучаемых вслед-
ствие своей многофакторности лицами
различных специальностей: психолога-
ми, гигиенистами, сексопатологами,
психиатрами, наркологами, психотера-
певтами. Столь разноотраслевые и мно-
гоуровневые исследования определяют
достаточно широкий спектр проблема-
тики - демографической, этно-культу-
ральной, социально-гигиенической,
медико-биологической. Однако и меди-
цинские проблемы алкоголизма доста-
точно разнообразны: медико-биологи-
ческая подсистема включает биохими-
ческие, психологические, общеклини-
ческие, полоролевые, психиатрические
аспекты, разработанные в трудах оте-
чественных ученых [1, 3—5]. При обо-
значенной выше совокупности проблем
требуется разностороннее восприятие
предмета, интегративное, а не сумма-
тивное мышление, что невозможно без
системного подхода.

Вместе с тем, наряду с общим со-
держанием понятия "системного подхо-
да" и его применением, для создания
полномасштабной картины болезни (в
данном случае алкоголизма) существу-
ет его сугубо "местное значение". Два
десятилетия назад в отечественной на-
учной литературе широко обсуждались
"прикладные" вопросы применения си-
стемного подхода [2], что в некоторой
степени изменяло видение предметов
исследования, выявляло дополнительные
взаимосвязи между разрозненными
внешне явлениями.

Нами проводились многолетние ис-
следования алкоголизма у мужчин [6],
женщин [8] и супружеских пар [7] в ам-
булаторной, стационарной сети, в ус-
ловиях малого предприятия.

В данной работе мы попытаемся про-
анализировать данные исследования (ра-
нее не публиковавшиеся в центральной
печати) больных алкоголизмом с мно-
голетними ремиссиями. Приводим ре-
зультаты этих исследований.

При изучении контингента больных
алкоголизмом, снятых с диспансерного
учета в связи с длительной, более 3 лет

ремиссией (метод сплошной статисти-
ческой выборки, данные за пять лет), у
150 пациентов были выявлены погра-
ничные психические расстройства. Рет-
роспективное исследование ремиссии
позволило выделить общую закономер-
ность формирования подобных наруше-
ний.

Начальный этап ремиссий (до 6 мес)
сопровождался аффективными рас-
стройствами, которые прямо или кос-
венно были опосредованы хроническим
алкоголизмом. Для них были характер-
ны: а) появление на начальных этапах
ремиссии, угасание с удлинением сро-
ков воздержания; б) отсутствие конк-
ретных причин возникновения, частая
спонтанность; в) синдромальная неза-
вершенность, полиморфизм; г) непол-
ное осознание этих расстройств в мо-
мент возникновения, восприятие их как
психического дискомфорта; д) связы-
вание этих расстройств с фактором пре-
кращения злоупотребления алкоголем;
е) частое сочетание (но не обязатель-
ное) с осознанным патологическим влеч-
ением к алкоголю.

Этот этап был обозначен как алко-
гольно-депривационный (недифферен-
цированный уровень с преобладанием
аффективных расстройств), и он явля-
ется переходным от злоупотребления к
ремиссии. На более отдаленных стадиях
ремиссии возникали нарушения, пря-
мо не связанные с фактором прекраще-
ния алкоголизации, происходила мани-
фестация (экзацербация) расстройств,
определяющих клинику ремиссии, ко-
торая была неоднородной — выявлены
ипохондрический, обсессивно-фобичес-
кий, паранойяльный, астенические ва-
рианты расстройств.

Ипохондрический вариант (у 62 боль-
ных) имел различные подварианты в
зависимости от "оттенков" ипохондри-
ческих расстройств.

При **обсессивно-ипохондрическом**
подварианте алкогольно-депривацион-
ный этап был представлен аффективны-
ми расстройствами: фобическими, тре-
вочно-депрессивными. Аффективная
симптоматика имела определенную

“точку отсчета”, давшую толчок последующей ипохондрической фиксации: у 12 больных — вегетативные, диэнцефальные расстройства в структуре абстинентного и псевдоабстинентного синдромов; у 6 больных фобии были изначально связаны с состоянием сердечно-сосудистой системы, кардиалгиями; у 3 больных толчком служил впервые возникший судорожный пароксизм.

На начальном этапе ремиссии возникла тревожно-фобическая симптоматика в виде ожидания новых пароксизмов, “страха страхов”, сопровождающих их. На втором этапе больные либо утверждались в своих сомнениях, либо испытывали навязчивые сомнения в их правомерности. Симптоматика была субдепрессивно-фобической. На третьем этапе ремиссии острота фобических расстройств постепенно сглаживалась — были характерны обсессивно-ипохондрические расстройства, когда в периоде обострения больные “атаковали” врачей-интернистов, течение было волнообразным.

При **истеро-ипохондрическом подварианте** был также выделен алкогольно-депривационный этап — аффективные расстройства проявлялись в виде анксиозных состояний, но уже на начальном этапе ремиссии определялись как отдельные истероформные реакции. Это выражалось в форме “запугивания”, “протеста”, “духовного шантажа” с угрозами рецидива алкоголизма, демонстрации готовности прервать ремиссию. На втором этапе истероформные реакции усложнялись по сюжету — отмечалась демонстрация жертвенности воздержания, мученичества, создания ореола таинственности. Уже на втором этапе в ситуациях стеснения проявлялась ипохондричность. На третьем этапе акцент с истероформных расстройств смещался на ипохондрические, которые также были демонстративными.

При **субдепрессивно-ипохондрических** расстройствах алкогольно-депривационный этап был представлен аффективными проявлениями депрессивно-субдепрессивного плана: у 8 больных — с адинамическим компонентом, у 7 — с анестетическим компонентом и идеями малоценности (больные чувствовали, что с прекращением употребления алкоголя они лишились способности радоваться, жизнь теряла былую привлекательность, было ощущение невосполненной пустоты). Характерно, что субдепрессив-

ный фон сохранялся на протяжении всей ремиссии: на начальных этапах ремиссии симптоматика была астено-субдепрессивной, а впоследствии трансформировалась в субдепрессивно-ипохондрическую — больные становились посетителями врачей разных профилей.

Обсессивно-фобический вариант отмечался в 26 случаях. На начальном этапе ремиссии у больных появлялись анксиозные состояния, нередко настроение тревожного ожидания сочеталось с влечением к алкоголю.

С удлинением ремиссии беспокойство и тревога уже не увязывались с алкоголизмом — в них все больше звучала внешне ситуационная тематика, появлялись фобии и обсессии. Психосоциальная адаптация больных этой группы сопровождалась появлением страха всеобщего обсуждения, огласки, осуждения, насмешек. С удлинением ремиссии стиралась острота фобий, они сменялись на обсессии, которые проявлялись в навязчивых сомнениях по поводу своих возможностей. Возникали навязчивые опасения ошибиться, тем самым попасть на скамью “штрафников”, еще раз напомнить об алкогольном прошлом. У 9 больных появились навязчивые воспоминания, относящиеся к периоду злоупотребления. У 8 больных навязчивые идеи входили в состав более сложных навязчивых состояний, в которых присутствовали депрессивный компонент, сенситивные идеи отношения, идеи типа “неудачник”. Последние появлялись ситуационно.

Другой сферой, где наиболее глубоко проявлялись фобии и обсессии, являлась сексуальная: у 11 больных они были довольно устойчивыми. Здесь в полную силу звучала конкретная психотравмирующая ситуация: неудовлетворительных половых взаимоотношений, снижения половой потенции (которые отмечались в периоде злоупотребления алкоголем, но тогда не были столь психотравмирующими).

Паранойяльный вариант был констатирован у 37 больных. Алкогольно-депривационный этап характеризовался появлением дисфорических расстройств, немотивированным снижением настроения с брюзгливо-злым оттенком. Впоследствии возникала смешанная симптоматика — в этот период у больных обострялось враждебно-настороженное отношение к окружающим (члены коллектива ждут, когда они “примутся

за старое”, нарочно “подстраивают выпивки”), периодически возникали идеи духовной травмы (“выживают из коллектива”, “намекают на прошлое”), появлялись сенситивные идеи отношения (демонстрируют пренебрежение, попирают авторитет, называют за спиной “алкоголиком”). Отмечались кратковременные невротические реакции в ответ на истинную или мнимую конфликтную ситуацию, однако последние у этого контингента больных надолго не закреплялись.

С удлинением ремиссии (свыше 3 лет) число реактивных проявлений значительно уменьшалось, появлялись сверхценные идеи, которые мало зависели от внешней ситуации: сверхценные идеи трезвенничества, сверхценные идеи ревности, материального ущерба. Последние проявлялись в условиях семьи, когда “бывшие” алкоголики (термин Ф. Ф. Детенгофа, 1960) начинали делить имущество, заниматься накопительством, предъявляли претензии в ущемлении их прав на материальное благополучие. Возникали сверхценные идеи ревности, отличительной чертой которых являлось отсутствие активного действия - поиска доказательств - и отсутствие мучительного переживания “измен” жен больных. Декларируемая неверность жен становилась дополнительным орудием их унижения, повышения личностного ценза самих больных.

Наиболее социально одобряемыми были сверхценные идеи трезвенничества - нередко пациенты сами возглавляли группы ремиттентов (в условиях клуба анонимных алкоголиков либо вели занятия по избавлению от алкогольной зависимости). Выявлялась своеобразная “паранойя трезвости”, которая хотя и отличалась экстремальностью позиций, негибкостью новой системы (ценностей, отношений, потребностей, мотиваций и т.д.), но жестко структурировала и закрепляла ремиссию.

Астенический вариант был выявлен у 25 больных. На начальном этапе ремиссии определялись аффективные расстройства. Астенические проявления были гиперстеническими, появлялись анксиозно-астенические состояния, которые часто сочетались с осознанным патологическим влечением к алкоголю. С удлинением ремиссии тревожно-аффективный компонент астении подвергался редукции - реже наблюдались анксиозные состояния, но собственно ас-

теническая симптоматика редуцировалась довольно медленно. До двух лет ремиссии у этих больных сохранялись ощущения слабости, эпизодические нарушения сна, специфическое ощущение слабости и “несвежести”.

На отдаленных этапах ремиссии (свыше 3 лет) наблюдалось “врастание” личности в астеническую симптоматику, которая трансформировалась в характерологическую “сварливость”, “брюзгливость”. Колебания настроения с гипотимными сдвигами становились довольно устойчивыми проявлениями недовольства, требовательности, перерастающими порой в деспотичность. Эти проявления как болезненные больными не осознавались.

При сравнении основной (150 чел.) и контрольной (50 чел.) групп достоверных различий по культурально-этническим, образовательно-социальным параметрам выявлено не было, вместе с тем преморбидные и морбидные показатели существенно различались. Преморбидные особенности пациентов контрольной группы не выходили за рамки скрытой акцентуации (40%); большинство больных относились к гармоничным личностям (60%). Морбидные (алкогольные) показатели также были благоприятными - преобладали низкопрогредиентные и даже стационарные типы течения заболевания. Алкоголизм у этих лиц протекал по типу бытового пьянства только с наличием биологического маркера заболевания - абстинентного синдрома.

Из представленных результатов исследования можно сделать вывод, что при многолетних ремиссиях у ряда больных определялись нервно-психические расстройства, которые имели свою поступательность, пограничную процессуальность - этап аффективных недифференцированных расстройств сменялся этапом манифестации (экзацербации) собственно ремиссионных нарушений, которые при многолетней ремиссии становились все более поведенческими, аномально-личностными.

Одной из основных особенностей развития личности в ремиссии являлся форсированный срок их формирования - около 3—5 лет. Этот срок неодинаков для разных вариантов расстройств: “крайними” вариантами были обсессивно-фобический и паранойяльный. При первом варианте невротический этап затягивается на более длительные сроки (свыше 5 лет), при втором — патологическое

формирование личности возникает на более ранних этапах (2 года).

Изучение факторов, ведущих к формированию “погранично-психиатрической” ремиссии, выявило наличие выраженных преморбидных отклонений у 63,3% больных, однако алкогольно-органические изменения также влияли на картину ремиссии. Вместе с тем нельзя игнорировать значение внешних факторов. Данные исследования показали, что у обследованных больных по сравнению с контрольной группой (пациенты с “нормальной ремиссией”) достоверно чаще выявлялись сложные отношения в семье, половые расстройства, социальная изоляция, профессиональная неудовлетворенность.

Необходимо учитывать еще одно обстоятельство: исследование мотивационного аспекта ремиссии показало, что длительному воздержанию предшествовали различные экстремальные ситуации - имплантация “эсперали”, угроза оформления в ЛТП (данные до 1990 г.), первые перенесенный алкогольный психоз, остро возникающие соматические и другие патологические состояния, связанные со злоупотреблением алкоголем, создающие определенные предпосылки, подкрепляемые впоследствии прагматическими, альтруистическими, гедонистическими мотивами.

Итак, исследования показали, что у ряда больных прекращение злоупотребления алкоголем не означало исчезновение проблем, связанных с алкоголизмом. Наша рабочая гипотеза (она подтвердилась в процессе исследования) заключается в следующем: у ряда больных, злоупотребляющих алкоголем, алкоголизм является как бы “болезнью адаптации”. У этих лиц либо изначально были нарушения адаптационных механизмов (различные преморбидные акцентуации характера), либо выраженные алкогольно-личностные трансформации. С прекращением злоупотребления алкоголя действие приспособительных механизмов не улучшается - психосоциальная адаптация в ремиссии также является патологической. Однако следует отметить, что если ранее - в периоде злоупотребления - нарушения адаптации имели социально-конфликтную форму, то в ремиссии нарушение адаптации у этих больных приобретало социально-приемлемую форму. В ремиссии у некоторых больных создается явно патологическая адаптационная система, но и в ее рамках имеется саморегуляция, осу-

ществляется дефектное приспособление. С нарушениями этой адаптации, ее срывами и необходимо бороться, так как исправить патологические формы приспособления довольно сложно.

Таким образом, при рассмотрении алкоголизма как экзо-эндогенной системы (эндогенные предпосылки - экзогенная реализация - эндогенные механизмы биозависимости - экзогенный отказ от злоупотребления) можно сделать вывод, что ремиссия - это часть алкоголизма без участия собственно алкоголя, его пассивная форма, соответственно рецидив - это его активная форма. Системное единство распространяется и на личностные характеристики больных, поэтому если существуют “преморбидные изменения личности”, “морбидные (алкогольные) изменения личности”, то совершенно логично появление в стадии ремиссии “постморбидных изменений личности”.

Теоретически осмыслив полученные результаты и проанализировав причины возникновения различных характерологических сдвигов у ряда ремиттентов, мы можем предположить следующее. Известно, что в периоде алкоголизации у ряда больных преобладают процессы возбуждения: растормаживается сексуальное и пищевое влечение, активизируются проявления агрессивности. Сама алкогольная эйфория содержит оттенки расторможенности, что проявляется в чрезмерной болтливости, неумеренной активности и др. Однако даже у тех больных, у которых эти проявления не выражены, имеется облигатный и стержневой признак алкоголизма - растормаживание патологического влечения к алкоголю. Ремиссия - полное воздержание от употребления алкоголя — невозможна без подавления патологического влечения к алкоголю.

Процессы возбуждения сменяются процессами торможения. У ряда больных это проявляется в тормозимых чертах характера - в ипохондризации (фиксации негативной информации, поступающей изнутри), появлении навязчивых и сверхценных образований (фиксации негативной информации, поступающей извне), формировании “общих” характерологических особенностей ремиттентов, а именно в требовательности, придирчивости, “долгопамятности”, педантичности, деспотичности, пунктуальности, исполнительности, гиперсоциальности, настойчивости и др.

Обобщая полученные результаты с точки зрения системного подхода, мы можем сделать следующий вывод: ремиссия - это часть алкогольной системы, ремиссионные изменения личности являются следствием преморбидных и ситуационных факторов. При удлинении ремиссии роль ситуационных факторов снижается, преобладают личностные отклонения, которые имеют у больных алкоголизмом общие "ремиссионные" особенности, проявляющиеся в усилении тормозимых черт характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алкоголизм: Руководство для врачей./Под ред. Г.В. Морозова, Н.Н. Иванца. - М., 1983.
2. Волков П.П. и др. Системный подход и психиатрия. - Минск, 1976.
3. Иванец Н.Н., Нойман И. Алкоголизм. / Руководство по психиатрии. - М., 1988.
4. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты.: Руководство для врачей. - М., 1990.
5. Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. - М., 1977.

6. Шайдукова Л.К. Нервно-психические расстройства у больных алкоголизмом в период длительных ремиссий: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1988.

7. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм. / Метод. реком. - Казань, 1991.

8. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин : Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1996.

Поступила 28.08.00.

REMISSION DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM

L.K. Shaidukova

S u m m a r y

In examining patients with long-term (more than three years) remission by the massive statistical sample method (data for five years) the boundary psychic disorders, which were divided into hypochondrical, abessive - phobic, paranoiac and asthenic variants, are revealed in 150 patients. Thus remission is a part of alcohol system, remission changes of a person are the result of premorbid and situation factors. In prolonged remission the role of situation factors decreases, personal deviations prevail, which in patients with alcoholism have common "remission" peculiarities manifesting themselves in enhancing inhibitory character features.

УДК 616.89—008.441.13—085.009.624

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ АНАЛЬГЕТИКАМИ ПРИ КУПИРОВАНИИ АЛГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

В.В. Яковлев

Республиканская психиатрическая больница (главврач — Ф.Ф. Гатин) МЗ РТ, кафедра клинической фармакологии (зав - проф. Л.Е. Зиганшина), кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии (зав. - проф. А.М. Карпов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Психопатологическая структура синдрома зависимости при героиновой наркомании включает в себя целый симптомокомплекс абстинентных явлений. Сложные переплетения и взаимное влияние друг на друга отдельных симптомов создают пеструю клиническую картину. В основе этой картины лежат сложные нарушения механизмов регуляции почти всех основных медиаторных систем, в частности катехоламиновой, дофаминовой и опиоидной, которые участвуют в механизме боли, эмоциональных, мотивационных процессах и поведенческих реакциях человека.

Болевой синдром является звеном в патологической цепи развития наркомании.

В формировании наркотического пристрастия, приводящего к разрушению личности, участвует, наравне с психотическими, соматовегетативными нарушениями, и болевой синдром. Поэтому поиск эффективных болеутоляющих средств, которые сами не вызывают привыкания, привлекает интерес к различным группам современных анальгетиков от преимущественно периферического действия (НПВС) до средств центрального действия (агонисты опиоидных рецепторов, опиоидные анальгетики со смешанным действием), включая препараты различных фармакологических групп с анальгетическим эффектом. Кеторолак - представитель