



**Клинические варианты  
злокачественного течения алкогольной зависимости**

**Пособие для врачей**

Санкт-Петербург

2010

## Аннотация

В настоящем пособии представлено описание вариантов злокачественного течения алкогольной зависимости, критерии их диагностики. Приведены сравнительные данные изучения клинических, личностно-психологических и нейрофизиологических характеристик пациентов со злокачественным течением алкогольной зависимости в сравнении с больными неосложнённым алкоголизмом. Пособие предназначено для врачей психиатров-наркологов и других специалистов специализированных наркологических учреждений и реабилитационных центров.

Настоящее пособие составлено в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева.

Авторы: научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им.В.М.Бехтерева Л.В. Веретило, ведущий научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им.В.М.Бехтерева к.м.н. Т.Г. Рыбакова, научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им.В.М.Бехтерева к.п.н. А.В. Трусова, врач функциональной диагностики отделения клинико-диагностических исследований психоневрологических больных Е.В. Шульц, руководитель отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им.В.М.Бехтерева д.м.н. профессор О.Ф. Ерышев, руководитель отдела наркологии НИПНИ им.В.М.Бехтерева д.м.н. профессор Е.М. Крупицкий.

Рецензенты: доцент кафедры наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования д.м.н. С.Ю. Калишевич, зав. кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ д.м.н. профессор Н.Н. Петрова.

## Введение

Лечение пациентов со злокачественным течением алкогольной зависимости представляет собой особо важную проблему наркологии. Это связано не только с тяжёлым течением алкогольной зависимости, но и с ростом числа лиц молодого возраста среди больных алкоголизмом, по клиническим наблюдениям наиболее резистентных к терапии, что отмечает большинство исследователей.

К злокачественному течению алкогольной зависимости относят случаи заболевания с чрезвычайно быстрым формированием основных клинических симптомов и синдромов болезни, нарастанием интеллектуально-мнестического снижения, появлением выраженных алкогольных изменений личности и социальной дезадаптации. Данные литературы и клинический опыт свидетельствуют о том, что при алкоголизме происходит существенная трансформация личностной структуры с появлением признаков психоорганического синдрома. Тяжесть и злокачественность этого синдрома имеют прямую зависимость от преморбидных личностных особенностей. В более выраженной форме этот синдром проявляется на биологически неполноценной почве, что наблюдается у пациентов с алкогольной наследственностью, резидуально-органической патологией или олигофренией.

Особая биологическая отягощенность преморбида отмечается у больных при формировании злокачественного течения АЗ<sup>1</sup> в раннем возрасте (до 18 лет). У таких пациентов наблюдаются также: наследственная отягощенность психическими заболеваниями, тяжёлые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем возрасте, органическая церебральная недостаточность, судорожный синдром, умственное недоразвитие, психический инфантилизм и другие аномалии (П.И.Сидоров, 1979). В.М. Воловик, изучая случаи злокачественного течения алкоголизма,

---

<sup>1</sup> Здесь и далее: АЗ – алкогольная зависимость.

рассматривал их как «хронический алкоголизм на патологически изменённой почве». По данным многих авторов злокачественному течению алкоголизма часто способствует так называемая «органическая почва», обусловленная последствиями как перинатальной энцефалопатии, постинфекционных или сосудистых поражений (гипертонического и вертеброгенного генеза) головного мозга, так и сопутствующих алкоголизации ЧМТ (Гордова Т.Н., 1958; Воловик В.М., 1962; Корнилов А.А., 1981; Ревенок А.А., 1990; Бохан Н.А., 1996). Известно, что наследственная отягощённость алкоголизмом также обуславливает определённую предрасположенность к ускоренному возникновению болезни, её злокачественному течению, которое проявляется ранними и тяжёлыми осложнениями (криминальное поведение, психозы, суициды) у этих больных (Буторина Н.Е., 1981).

Сложная многофакторная этиология злокачественного течения АЗ требует для обеспечения оптимального результата лечения учёта всех факторов, влияющих на формирование и течение заболевания у конкретного пациента. Однако в современной наркологии имеются пробелы в разработке дифференцированных лечебных подходов, основанных на выделении отдельных типов или клинических вариантов злокачественного течения АЗ. В настоящем пособии предлагаются диагностические критерии и описание вариантов злокачественного течения АЗ на основании изучения клинических, личностно-психологических и нейрофизиологических характеристик пациентов в сравнении с неосложнённым алкоголизмом.

**Особенности формирования и клинические характеристики злокачественного течения АЗ.** Злокачественное течение АЗ у большинства больных отличается от неосложнённого алкоголизма сокращением продолжительности периодов эпизодической и систематической алкоголизации и быстрым возникновением физической зависимости. Хотя начало эпизодической алкоголизации у больных со злокачественным течением АЗ приходится на тот же возраст (16-17 лет), что и у больных с

неосложнённым алкоголизмом, переход к систематической алкоголизации происходит у них раньше и приходится на возраст 19,5-20 лет. У больных с неосложнённым алкоголизмом систематическая алкоголизация начинается позже, в возрасте около 24,5-26 лет. Алкогольный абстинентный синдром формируется в кратчайшие сроки от начала систематического пьянства, ярко подчёркивая феномен злокачественного течения АЗ. По нашим данным, при злокачественном течении АЗ у больных ААС<sup>1</sup> формировался в среднем за 16,7 месяцев. При люцидном алкоголизме средняя скорость формирования ААС составляет 62,65 месяца (5,2 года). У большинства больных со злокачественным течением АЗ возраст утраты защитного рвотного рефлекса и количественного контроля совпадает с возрастом формирования ААС (21-22 года). У части больных имеет место изначальное отсутствие количественного и ситуационного контроля.

Влечение к алкоголю у этих пациентов характеризуется компульсивностью даже на начальных стадиях заболевания. Лишь у незначительной части из них присутствовало ситуационно обусловленное влечение к алкоголю и влечение с борьбой мотивов. В структуре мотивации обращения к алкоголю у больных с АЗ злокачественного течения чаще, чем у люцидных больных встречаются биологические мотивы, как и собственно «похмельные» (облегчение физического дискомфорта после выпивки), так и другие (например, для облегчения головных болей, не связанных с алкогольной интоксикацией). Социально-психологические мотивы употребления алкоголя этими больными зачастую носят незрелый характер, например, мотивы, связанные с подростковыми реакциями эмансипации – выпить назло, доказать взрослость, завоевать или поддержать авторитет в компании. При злокачественном течении АЗ у молодых больных актуальная толерантность нередко может достигать 1 литра в пересчёте на 40% алкоголь. При том, что все эти больные в качестве предпочитаемого алкоголя отмечают слабоалкогольные напитки, чаще всего легкий алкоголь в банках и

---

<sup>1</sup> Здесь и далее: ААС – алкогольный абстинентный синдром.

пиво, алкогольные палимпсесты имели место практически у всех больных. У больных со злокачественным течением АЗ зачастую долго не вырабатывается собственный ритм употребления алкоголя, характер его употребления оказывается хаотическим. Как определяют сами больные «пьём то, что есть и когда есть». Такое употребление алкоголя в клиническом аспекте ближе к постоянной форме пьянства, характерной для большей части (66,7%) больных со злокачественным течением. Только у трети больных, по нашим данным, наблюдалась запойная форма пьянства. Форма опьянения независимо от давности заболевания чаще всего носит дисфорический характер (тоскливо-злостный аффект, напряжение и эксплозивность). Рано, в отличие от больных с неосложнённым алкоголизмом, отмечаются также атипичные и изменённые формы опьянения, являющиеся одним из характерных симптомов отдалённых этапов алкогольной болезни, свидетельствующих о формировании токсической энцефалопатии.

Мотивация к лечению у пациентов со злокачественным течением АЗ, особенно в молодом возрасте, крайне низкая, зачастую отсутствует вовсе. Личностная несостоятельность, неспособность правильно оценить негативные последствия злоупотребления алкоголем является сильным тормозящим воздействием на формирование потребности в лечении. Обращение за помощью происходит под давлением семьи, часто под влиянием семейных манипуляций (например, обещание приобрести что-либо для больного по окончании лечения и т.п.). Осознанное отношение к болезни и критика к своему состоянию у этих пациентов отсутствует. Ввиду значительных социальных последствий пьянства и тяжести похмельных расстройств большинство больных вынуждены обращаться за медицинской помощью и прибегать к так называемым запретительным методам лечения. На момент становления ремиссии (выписка из стационара) у подавляющего большинства больных сохраняется или эпизодически появляется патологическое влечение к алкоголю. Отсутствие влечения к алкоголю на

этом этапе отмечали только 16,7% больных. В группе больных с неосложнённым алкоголизмом ПВА<sup>1</sup> отсутствовало в этот период у 45% больных. Наличие выраженного влечения к алкоголю нередко является основной причиной прерывания ремиссии. Тем более, что на момент выписки, больных со злокачественным течением АЗ в отличие от больных с неосложнённым алкоголизмом характеризует более низкая критика к болезни и слабая установка на трезвость. В ремиссии сохраняются также аффективные и астенические нарушения, проявления вегетативной лабильности, умеренные или выраженные психоорганические расстройства. Больные чаще становятся более агрессивными, раздражительными, проявляют немотивированную (в том числе физическую) агрессию к посторонним. Ремиссии имеют короткий срок и не способствуют решению социально-психологических проблем, не дают качественных изменений социального статуса. Как правило, у больных имеется неопределённость в отношении профессиональной ориентации, часто отсутствуют установки на трудовую деятельность, стремление к изменению социального положения, а также цели в отдалённой перспективе и жизненное планирование. Зачастую планирование ограничивается лишь сроком ремиссии, заложенным запретительной процедурой. Социально-психологическую реадaptацию больных со злокачественным течением АЗ в ремиссии существенно осложняют клинические характеристики заболевания в этот период.

**Фактор органического поражения ЦНС в клинической картине злокачественного течения АЗ.** В зависимости от характера сопутствующего органического поражения головного мозга, имеется определённая специфика клинической картины болезни и социальных последствий пьянства. Так, например, у лиц с посттравматическим и сосудистым поражением головного мозга чрезвычайно ярко выражен аффективный компонент опьянения, который может спровоцировать состояние аффекта и совершение криминальных действий в этом состоянии, что, как правило, не наблюдается

---

<sup>1</sup> Здесь и далее: ПВА – патологическое влечение к алкоголю.

у больных с органическим поражением головного мозга постинфекционного или другого генеза (Гордова Т.Н., 1958). У больных с сосудистым заболеванием головного мозга чаще отмечаются одновременно амнестические формы опьянения и интолерантность (сниженная переносимость алкоголя), что, по мнению И.В.Стрельчука, является следствием органических изменений лимбических структур мозга под влиянием алкогольной интоксикации. Наблюдаются различия в психотической готовности у пациентов с различными видами органического поражения головного мозга: при резидуально-органической недостаточности отмечается повышенный уровень психотической готовности, а в случаях с приобретенной ЧМТ – её отсроченное появление, что характеризует приобретенный характер патологии с накоплением дефицитарности по мере течения заболевания (Братусь П.С., 1984).

Так опьянение у лиц с органической патологией в анамнезе (например, фебрильные судороги в детстве) может протекать с психотическими эпизодами, например, с нарушением сознания, с тяжёлыми аффективными разрядами и амнезией. Причём изменённые формы опьянения могут наблюдаться у них до формирования развёрнутой стадии болезни. Модифицирование картин опьянения ведёт к изменению поведения больных, к совершению ими агрессивных действий против окружающих. На атипичные формы опьянения со значительным возбуждением, жестокостью и агрессией, вплоть до правонарушений у лиц с органическим поражением ЦНС, страдающих АЗ, указывают В.А. Семке (2000), О.М.Калина (1982) и другие авторы. Н.А.Бохан (1996) отмечал осложненные формы острой алкогольной интоксикации у больных с последствиями ЧМТ, характеризующиеся совокупностью цефалгических, вазовегетативных, дискоординантно-атактических расстройств.

Алкогольный абстинентный синдром у больных АЗ, осложнённой органическим поражением головного мозга, характеризуется интенсивными головными болями, ранним появлением расстройств сна, галлюцинаторных



эпизодов, выраженными вегетативными и неврологическими проявлениями, аффективными нарушениями, чаще дисфорического характера. При этом всегда имеется высокая вероятность развития судорожного синдрома и психотического состояния. Выраженные и стойкие нарушения эмоциональной сферы и тонуса, сопряжённые с патологическим влечением к алкоголю, длительное время сохраняются в постабстинентном периоде. По данным О.Ф.Ерышева и Л.А.Дубининой (2006) у этих больных в постабстинентном периоде преобладают дисфорические состояния независимо от давности формирования ААС. Большинство исследователей отмечают у зависимых от алкоголя больных с органическим поражением ЦНС быстрое нарастание и более массивное проявление интеллектуально-мнестических расстройств. О.М.Калина (1982) отмечает у таких больных уже на ранних стадиях алкогольной зависимости обратимые расстройства памяти, внимания, истощаемость когнитивных процессов, почти без следа проходящие вне абстиненции.

Среди коморбидной органической патологии у больных с АЗ существенное место занимают последствия ЧМТ. Частота органического поражения головного мозга вследствие ЧМТ по различным данным составляет около 25% от общей популяции больных (Н.Г. Шумский, 1983). При этом речь идёт о ЧМТ, перенесенных при уже сформировавшейся АЗ. Среди стационарных больных, по данным Ерышева О.Ф. и Дубининой Л.А. (2005) в анамнезе у 41,6% (у 116 из 279 мужчин) отмечались ЧМТ, нередко повторные. При этом большинство из исследованных больных не предъявляли каких-либо жалоб, связанных с приобретенной ЧМТ. Лишь у около 10% больных отмечались отчётливые отдалённые последствия ЧМТ в виде головных болей, метеотропности, судорожных припадков, нарушений памяти, астенических расстройств (физической и психической истощаемости, раздражительности, эмоциональной лабильности), вегетативных нарушений (тремор, потливость, тахикардия, усиленный дермографизм).

Изменение течения алкоголизма, усиление и ускорение его проявлений вследствие ЧМТ отмечали многие исследователи (Т.Н. Гордова, В.М. Воловик, Г.М. Энтин). И.В.Стрельчук (1962) писал, что ЧМТ способствует злокачественному течению алкоголизма, после ЧМТ уже сформировавшийся алкоголизм в короткие сроки переходит в более тяжёлую форму. А.А. Ревенок (1990) установил наличие прямой зависимости между тяжестью ЧМТ и прогрессивностью алкоголизма. Чем тяжелее проявления ЧМТ, тем выше прогрессивность АЗ. Он наблюдал при этом не только ускорение сроков формирования различных алкогольных проявлений, но и усложнение клинической картины, сочетающей признаки обоих заболеваний. Известно также, что алкогольная интоксикация, формирующая токсическую энцефалопатию, в свою очередь, усугубляет последствия ЧМТ.

У значительной части больных в анамнезе выявляются и другие факторы резидуально-органического поражения головного мозга, предшествующие формированию АЗ. Как показало наше исследование, у этих пациентов в детском возрасте (до 3-х лет) встречались фебрильные судороги, сногворение, ночной энурез, снохождение, повышенная возбудимость. Около трети больных состояли на учёте у невропатолога, посещали логопеда. При углублённом клиническом исследовании у них можно выявить также астено-невротическую симптоматику с вегетососудистыми расстройствами и метеозависимыми цефалгиями. Вегетативно-лабильные проявления церебро-органической недостаточности при этом не обязательно сопровождаются снижением интеллектуального потенциала. Чаще у этих пациентов встречается когнитивный дефицит по типу нарушенного запоминания и удержания информации, при этом долговременное запоминание нарушено сильнее, чем кратковременная память. Для них характерны повышенная отвлекаемость, плохое переключение внимания.

Верификация органического поражения головного мозга любого генеза устанавливается на основании данных исследования МРТ, рентгенографии

череп, ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга и шеи, ЭЭГ. При этих исследованиях выявляются обычно признаки, свидетельствующие о перенесенном посттравматическом арахноидите (часто кистозно-слипчивого характера), заместительной гидроцефалии (внутренней и наружной) с явлениями атрофии нейронов коры головного мозга и гиппокампа, внутричерепной гипертензии, сосудистой дистонии, нарушениях венозного оттока и других проявлений цереброваскулярной недостаточности, а также признаки пароксизмальной активности и локальных нарушений биоэлектрической активности мозга.

**Результаты электроэнцефалографического исследования больных со злокачественным течением АЗ.** ЭЭГ проводилась на фоне полной отмены лекарственной терапии не позднее суток до обследования, в стандартных условиях (изолированное затемненное помещение, испытуемые с закрытыми глазами в состоянии спокойного бодрствования, положение – полусидя в кресле) на цифровом электроэнцефалографе «Телепат-104» производства ТОО «Потенциал» с использованием мостиковых электродов фирмы-производителя. При анализе биоэлектрической активности головного мозга использовался стандартный пакет программ-приложений вышеупомянутой фирмы.

Данные, полученные с помощью электроэнцефалографического исследования, представлены в таб. 1.

Между больными изучаемых групп отсутствовали различия в выраженности диффузных нарушений биоэлектрической активности коры головного мозга, что может объясняться тем, что эти нарушения вторичны по отношению к алкогольной болезни и возникают как следствие токсического поражения головного мозга.

Локальные нарушения биоэлектрической активности коры головного мозга в 2 раза чаще встречаются в группе больных со злокачественным течением АЗ, чем у больных с люцидным алкоголизмом (различие между группами статистически достоверно,  $p=0,006$ ).

Таблица 1

ДАнные ЭЭГ		Больные со злокачественным течением АЗ		Больные с неосложненным течением АЗ	
		N	%	N	%
Локальные нарушения***	Отсутствуют	5	10,42	18	45,0
	Слабо выражены	4	8,33	15	37,5
	Выражены	39	81,25***	7	17,5
Диффузные нарушения	Отсутствуют	13	27,08	10	25,0
	Слабо выражены	16	33,34	15	37,5
	Выражены	19	39,58	15	37,5
Сосудистые нарушения***	Отсутствуют	23	47,92	3	7,5
	Слабо выражены	16	33,34	14	35,0
	Выражены	9	18,75	23	57,5***

**Примечание:** N – количество пациентов с данными нарушениями, % – в процентном выражении от общ. кол-ва пациентов в группе; статистическая достоверность различий между группами U-тест Манна-Уитни: \*\*\*-  $p < 0,001$

Сосудистые нарушения, наоборот, больше выражены в группе люцидных больных алкоголизмом (различие между группами статистически достоверно,  $p=0,008$ ). По-видимому, здесь имеет место влияние возрастного фактора. Средний возраст в этой группе больных АЗ был значительно больше, чем в группе больных злокачественного течения (соответственно 44.15 года ( $SD=6.8$ ) и 30.21 лет ( $SD=6.7$ )). В группе больных со злокачественным течением АЗ установлена прямая взаимосвязь локальных нарушений на ЭЭГ с наличием в анамнезе ЧМТ (имеется положительная корреляция,  $p=0,018$ ).

**Личностные особенности больных со злокачественным течением АЗ.** По литературным данным подростки, употребляющие психоактивные вещества, характеризуются замедленным развитием когнитивных, социальных и личностных функций. В полной мере эти утверждения относятся и к больным молодого возраста со злокачественным течением алкогольной болезни. Наблюдая детское и юношеское развитие больных, можно отметить общие, часто встречающиеся черты: неплохое физическое развитие, занятия спортом нередко в ущерб учёбе, воспитание в неполной родительской семье (без отца) гиперопекающей и тревожной матерью,

нередко при этом без должного контроля за обучением и общением ребёнка. Ближе к подростковому возрасту резко проявляются реакции эмансипации, склонность к доминированию силовым путём, неумение сдерживать гнев, контролировать своё поведение. В юношеском и молодом возрасте (18-20) наблюдается обратный процесс: инфантильность, незрелость в социальной активности, уход от ответственных ситуаций и решений, зависимость от установок группы общения, неоконченная учёба, отсутствие занятости, невозможность обеспечить себя самостоятельно и жить отдельно. Изменения личности, наступившие в процессе заболевания, у таких больных заключаются в заострении акцентуированных черт характера, усилении инфантильных черт. Больные становятся более капризными, требовательными к ближайшему окружению. У них снижается работоспособность и волевые качества в целом, нарушается способность к социальной адаптации. Одновременно формируются типично алкогольные изменения – сужение круга интересов, смещение коммуникативных интересов от друзей к временным случайным собутыльникам, неразборчивость в связях, нарастание анозогнозии и снижение способности критично воспринимать собственную личность в целом.

Данные, полученные с помощью шкалы SNAP-IV (таб. 2), выявляющей признаки дефицита внимания с гиперактивностью в детстве [22], позволяют подтвердить ранние признаки резидуально-органической недостаточности у больных со злокачественным течением АЗ.

Таблица 2

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ шкала SNAP-IV	Больные со злокачественным течением АЗ		Больные с неосложненным течением АЗ	
	m	SD	m	SD
Невнимательность *	1,08	0,51	0,82	0,40
Гиперактивность **	1,04	0,37	0,78	0,38
Импульсивность	0,74	0,46	0,64	0,48
Оппозиционные расстройства **	1,00	0,47	0,73	0,38

Примечание: m – среднее значение параметра в группе, SD – стандартное отклонение; статистическая достоверность различий между группами по t-критерию Стьюдента:

\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ .

Средние оценки показателей «Невнимательность», «Гиперактивность» и «Оппозиционные расстройства» выше, чем у больных с неосложнённым алкоголизмом. Этим пациентам в детстве были больше свойственны невнимательность, гиперактивность, повышенная агрессивность, склонность нарочно задирать других детей, негативизм, споры со взрослыми, непослушание.

Как оппозиционные расстройства, невнимательность и гиперактивность в детстве могут являться проявлениями церебро-органической недостаточности, так у взрослых последствия органического поражения головного мозга могут проявляться в том числе повышенной возбудимостью, раздражительностью, нетерпимостью и агрессивностью по отношению к окружающим. Результаты теста агрессивности Басса-Дарки [2] дают представление о качественных и количественных характеристиках агрессивности как индивидуального свойства личности данного контингента больных (таб. 3). Согласно полученным данным, больные со злокачественным течением АЗ достоверно чаще, чем больные с неосложнённым алкоголизмом, проявляют физическую агрессию по отношению к окружающим, у них более выражена подозрительность и обидчивость, а также враждебность по отношению к окружающим.

Таблица 3

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ тест Басса-Дарки	Больные со злокачественным течением АЗ		Больные с неосложненным течением АЗ	
	m	SD	m	SD
Физическая агрессия **	6,50	1,54	5,32	1,74
Косвенная агрессия	4,96	1,90	4,95	2,04
Раздражение *	6,29	2,36	5,42	1,75
Негативизм	2,96	1,35	2,89	1,23
Обида	5,25	1,73	4,84	1,28
Подозрительность**	5,88	1,63	4,21	2,27
Вербальная агрессия	8,04	2,43	8,53	2,29
Чувство вины	7,33	1,33	6,89	2,08
Индекс враждебности**	11,17	2,52	9,05	3,13
Индекс агрессивности	20,83	4,72	19,26	4,43

Примечание: m – среднее значение параметра в группе, SD – стандартное отклонение; статистическая достоверность различий между группами по t-критерию Стьюдента:  
\* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ .

Характеристики копинг-стратегий [15], определяющих индивидуальный стиль решения жизненных проблем больными обеих групп, демонстрирует таблица 4.

Таблица 4

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ копинг-тест Lazarus	Больные со злокачественным течением АЗ		Больные с неосложненным течением АЗ	
	m	SD	m	SD
Самоконтроль	9,58	3,04	9,21	2,58
Поиск соц. поддержки	10,08	2,95	9,63	3,54
Принятие ответственности	14,21	3,10	13,84	2,31
Планирование решений	11,92	2,51	12,89	3,22
Положительная переоценка	8,42	2,96	7,84	2,59
Дистанцирование *	12,83	4,05	11,11	3,73
Бегство	10,83	2,85	11,63	2,96
Конфронтация	11,75	3,39	11,53	3,73

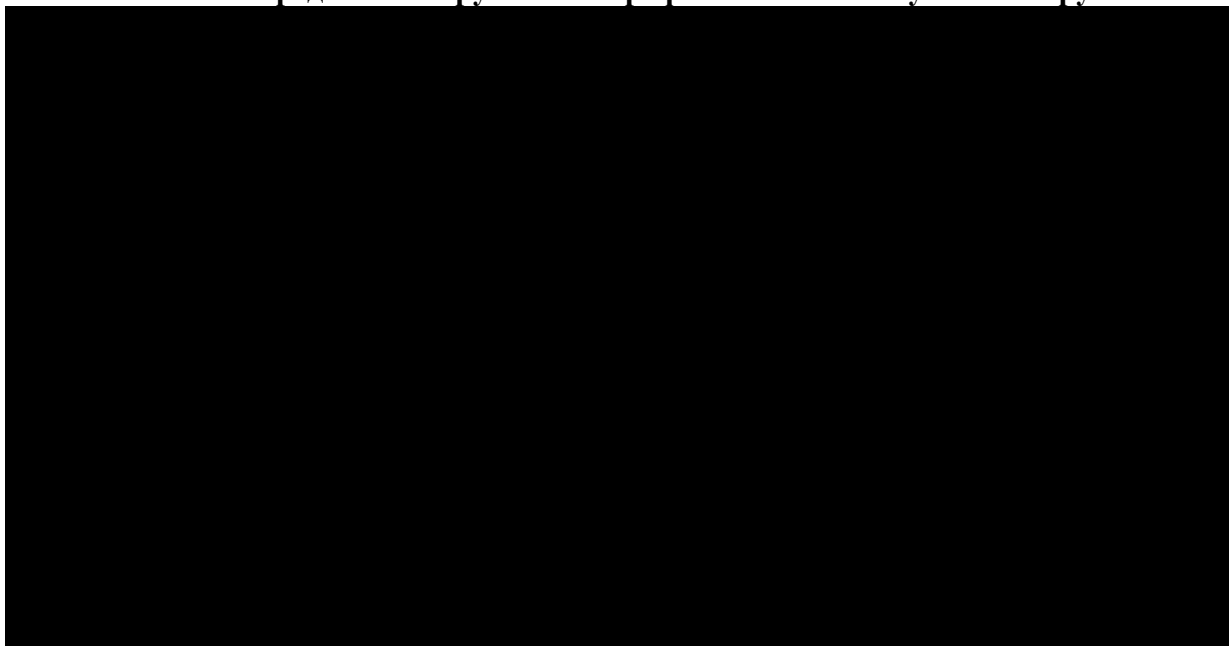
Примечание: m – среднее значение параметра в группе, SD – стандартное отклонение; статистическая достоверность различий между группами по t-критерию Стьюдента:

\* -  $p < 0,05$ .

Между больными со злокачественным течением АЗ и больными с неосложненным алкоголизмом нет существенных различий в копинг-стратегиях, помимо копинга «Дистанцирование». Этот копинг относят к неконструктивным, затрудняющим адаптацию. Он заключается в когнитивных усилиях, направленных на отдаление от ситуации и, тем самым, уменьшение ее значимости. Больным со злокачественным течением АЗ больше свойственно снижать личностную значимость фрустрирующей ситуации, и это, в свою очередь, может отражать более выраженное снижение уровня притязаний в рамках алкогольных изменений личности.

Общее представление о структуре личности больных изучаемых групп дает тест Кеттелла [13] (среднегрупповые данные представлены на рис. 1.)

Необходимо подчеркнуть, что усредненные групповые профили не отражают индивидуальные характеристики больных той или иной группы, а лишь дают визуальное представление о типичных различиях между группами в целом.

**Усредненные групповые профили больных изучаемых групп**

Примечание: статистическая достоверность различий между группами по t-критерию Стьюдента: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ .

Достоверные различия между группами имеются по факторам В, С и G. Больные со злокачественным течением АЗ в среднем уступают больным с неосложненным течением АЗ в способности к абстрактному мышлению, эмоциональной зрелости и способности соблюдать правила, следовать социальным нормам. Также имеются существенные различия в оценках по факторам L, N, O и Q<sub>3</sub>, что свидетельствует о том, что больным со злокачественным течением АЗ в большей мере, чем люцидным больным свойственна настороженность, подозрительность и предубежденность в межличностных контактах. Они более грубы и прямолинейны, меньше способны к дипломатии, более тревожны и неуверенны в себе, а также имеют гораздо менее развитый самоконтроль.

Факторный анализ психологических характеристик больных и их личностных свойств, полученных с помощью экспериментально-психологических методик, позволяют выделить два типа личностных особенностей, характерных для больных со злокачественным течением АЗ.



Факторному анализу подверглись данные шкалы SNAP-IV, теста агрессивности Басса-Дарки, копинг-теста Лазаруса, личностного теста Кеттелла.

В результате факторного анализа было выделено 2 фактора, что позволило разделить массив полученных данных на 2 части. Личностные типы больных, описываемые каждым из этих факторов, соответствуют вариантам злокачественного течения АЗ.

Первый фактор нагрузили: показатель шкалы SNAP-IV «Негативизм», показатели теста Басса-Дарки «Общий индекс агрессивности», «Вербальная агрессия», «Физическая агрессия», а также копинг-стратегия «Поиск социальной поддержки» с отрицательным знаком и показатели теста Кеттелла: факторы Н, Е, А, L, F.

Для таких больных в детском и подростковом возрасте характерны проявления негативизма, а во взрослом – высокая агрессивность, прямо проявляющаяся вовне (как вербально, так и физически). Копинг-стратегии таких больных характеризует нежелание/неумение получать действенную, информационную или эмоциональную поддержку от окружающих.

Личность таких больных характеризует нечувствительность к угрозе, смелость, решительность, тяга к риску и острым ощущениям, склонность к быстрым необдуманым решениям, быстро забывание неудач без надлежащих выводов (фактор Н), доминантность, агрессивность, упрямство, напористость, склонность к авантюрам, стремление к самоутверждению и независимости, игнорирование социальных условностей и авторитетов, агрессивно отстаивание своих прав, желание «принимать вызовы» и чувствовать превосходство над другими (фактор Е), подверженность бурным аффектам и сильным колебаниям настроения (фактор А), подозрительность, недоверчивость, ревнивость, склонность к соперничеству (фактор L), отсутствие заботы о будущем, жизнь по принципу «авось пронесет» (фактор F).

Второй фактор нагрузили показатель шкалы SNAP-IV «Невнимательность», показатели теста Басса-Дарки «Общий индекс враждебности», «Чувство вины», «Обида», «Косвенная агрессия», «Подозрительность», а также показатели теста Кеттелла: фактор G с отрицательным знаком, фактор F с отрицательным знаком, фактор Q4.

Для таких больных в детстве характерна невнимательность. Во взрослом возрасте им свойственно враждебное отношение к окружающим и не прямые, а косвенные проявления агрессивности – подозрительность, обидчивость, завистливость, а также аутоагрессивные проявления – чувство вины и угрызения совести. Личность этих больных также характеризует слабоволие, недостаток внутренних регуляторов поведения (низкие значения фактора G), озабоченность, склонность все усложнять, ригидность, жесткое следование привычкам, невозможность быстро принимать решения в конкретной ситуации (низкие значения фактора F). Для них характерны часто фрустрированность, напряженность, состояние возбуждения, а также различные проявления астении – такие больные с трудом переключаются, часто чувствуют разбитость, усталость, им не удается отдохнуть. Кроме того, для них характерна эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, раздражительность по пустякам, непереносимость критики, трудности со сном (фактор Q4).

**Варианты злокачественного течения АЗ.** Сравнительный анализ клинических данных больных со злокачественным алкоголизмом при значительном общем сходстве клинической картины выявил ряд достоверных различий между ними, позволяющих выделить *эксплозивный* и *астенический* варианты злокачественного течения АЗ.

Характеристика данных вариантов представлена в таблице 5.

Таблица 5

<b>Эксплозивный</b>	<b>Астенический</b>
- характерна наследственная отягощенность психическими заболеваниями	- редко встречается наследственная отягощенность психическими заболеваниями
- как правило, беременность матери спокойная, без патологий	- часто признаки патологии беременности матери: переносимость, осложненные роды, асфиксия
- множественные ЧМТ, в т.ч. тяжелые, госпитализации по поводу ЧМТ	- редкие ЧМТ, как правило, не тяжелые
- высокая начальная толерантность к алкоголю, как следствие – ранняя и быстрая утрата количественного контроля, более частые амнезии опьянения	- начальная толерантность к алкоголю низкая или средняя, при этом происходит ранняя утрата ситуационного контроля и употребление суррогатов
- преобладание в ААС сомато-вегетативного компонента: головные боли, боли в сердце, головокружение, повышение давления, тремор рук и всего тела, нарушения сна и аппетита.	- преобладание в ААС психического компонента с астено-депрессивной симптоматикой, легкие дереализационные и деперсонализационные расстройства, высокая умственная утомляемость, трудности сосредоточения внимания
- эффект терапии проявляется в относительно стойких ремиссиях, при этом спонтанные ремиссии случаются редко и крайне непродолжительны	- спонтанные и терапевтические ремиссии сопоставимы по длительности и частоте
- к «запретительным» методам прибегают реже, но лучше выдерживают сроки, определяемые аверсивной процедурой	- часто проявляют высокую настроенность и готовность к лечению АЗ при помощи плацебо-опосредованной суггестии
- наряду с локальными нарушениями, на ЭЭГ часто присутствуют нарушения биоэлектрической активности головного мозга по сосудистому типу	- на ЭЭГ, как правило, присутствуют нарушения биоэлектрической активности головного мозга и по локальному, и по диффузному типу
- личность характеризуется силой влечений и чувств, активностью, агрессивностью и склонностью к доминированию. В детском и подростковом возрасте характерны проявления негативизма (отрицание норм и правил, стремление делать «назло»). Во взрослом возрасте характерна эксплозивная взрывчатость и резкие колебания настроения, выраженное стремление к самоутверждению, импульсивность, пренебрежение социальными нормами, тяга к риску и острым ощущениям.	- личность характеризуется мягкостью, пассивностью, податливостью, фрустрированностью. В детстве характерна невнимательность, трудности сосредоточения и схватывания главного. Во взрослом возрасте характерна эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, обидчивость и чрезмерная сензитивность в межличностных контактах, склонность все усложнять, ригидность, слабоволие, недостаток внутренних регуляторов поведения.

## Эффективность метода

В исследование были включены пациенты наркологического стационара, у которых лечащим врачом психиатром-наркологом был установлен диагноз F.10.25, F.10.26 – алкогольная зависимость, постоянная или запойная форма употребления алкоголя. Всего в исследовании приняли участие 88 больных.

Основную исследуемую группу составили 48 пациентов со злокачественным течением АЗ, у которых период формирования ААС был менее 2-ух лет. Все больные этой группы были мужского пола, средний возраст  $30.21 \pm 6.7$  лет.

В группу сравнения вошли 40 мужчин с неосложненным течением АЗ, средний возраст которых составил  $44.15 \pm 6.8$  лет.

В исследовании был использован комплекс клинических, психологических и нейрофизиологических методик. Клинико-анамнестическое обследование проводилось с помощью специально разработанного структурированного интервью. Дифференцированно оценивалось наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, учитывалось их количество и тяжесть. Учитывались другие факторы резидуального органического поражения головного мозга, в том числе, возникшего в пренатальном периоде и родах.

Ретроспективно оценивалось количество и качество ремиссий.

Для выявления признаков наличия в детстве синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) в исследовании использовалась шкала SNAP-IV [22], для диагностики агрессивности применялся тест Басса-Дарки [2], для определения копинг-стратегий – тест Лазаруса [15], для определения фундаментальных личностных свойств использовался тест Кеттелла [13].

Методом электроэнцефалографии сравнительно с группой больных неосложненным алкоголизмом оценивалась биоэлектрическая активность головного мозга в аспекте диффузных, локальных и сосудистых нарушений.

Статистическая обработка данных исследования производилась с помощью пакета SPSS for Windows 11.5. Статистически значимыми результаты принимались при уровне достоверности  $p < 0.05$ .

Факторный анализ экспериментально-психологических данных позволил выявить «личностные типы» в группе больных со злокачественным течением АЗ. По этому признаку больные разделилась на 2 фактически равные подгруппы: первую подгруппу составили 25 человек (52%), вторую подгруппу составили 23 человека (48%).

По результатам анализа клинических данных и ретроспективной оценки эффективности предыдущих курсов терапии были разработаны коэффициент «злокачественности» и коэффициент «терапевтической резистентности».

1. Коэффициент злокачественности рассчитывается по формуле:

$$K = 1 - (n/m \cdot r_1 + p/q \cdot r_2)$$

где:

K – коэффициент злокачественности

n – длительность формирования ААС (годы);

m – возраст больного (годы);

p – сумма всех ремиссий (годы);

q – давность формирования ААС (годы)

$r_i$  – значимость показателя, рассчитываемая в соответствии с теорией принятия решений по алгоритму Фишберна при условии ранжирования показателей в порядке убывания значимости по формуле:

$$r_i = \frac{2(N - i + 1)}{(N + 1)N} \text{ где } N - \text{ количество показателей}$$

Для данной конкретной модели:  $N=2 \Rightarrow r_1 = 0,67, r_2 = 0,33$ .

Чем выше полученный коэффициент, тем более злокачественное течение имеет алкогольная зависимость.

В группе больных с неосложненным алкоголизмом средняя величина коэффициента злокачественности составила 0,86 (SE=0,02), а в группе больных со злокачественным течением АЗ 0,91 (SE=0,01) (различия между группами статистически достоверны,  $p=0,012$ ).

2. Коэффициент терапевтической резистентности рассчитывается по формуле

$$Ktr = \left( \frac{a_1}{b_1} + \frac{a_2}{b_2} + \dots + \frac{a_n}{b_n} \right) / \underline{n}$$

где:

Ktr - коэффициент терапевтической резистентности;

$a_1, a_2, \dots, a_n$  – продолжительность реально выдержанных сроков трезвости после проведения процедур плацебо-опосредованной суггестии;

$b_1, b_2, \dots, b_n$  – продолжительность предполагаемых в соответствии с процедурой плацебо-опосредованной суггестии сроков трезвости.

$n$  – общее количество проведенных «запретительных» процедур плацебо-опосредованной суггестии.

Чем больше полученное значение коэффициента, тем выше эффективность применения запретительной терапии к конкретному больному.

«Запретительная» терапия, сутью которой является плацебо-опосредованная суггестия, в нашей стране по-прежнему остается одним из самых распространенных методов формирования ремиссии у зависимых от алкоголя пациентов.. Успешность ее применения зависит от целого ряда ситуативных факторов и во многом определяется индивидуально-психологическими характеристиками пациента (например, внушаемость, сензитивность, тревожность и проч.).

Исследование взаимосвязи между клиническими характеристиками АЗ и коэффициентом «терапевтической резистентности» показало, что из всего массива клинических данных статистически значимые корреляции ( $p < 0,01$ ) с коэффициентом «терапевтической резистентности» обнаружены только у параметра, характеризующего патологическое влечение к алкоголю.

При наличии у пациента компульсивного или спонтанного неосознаваемого влечения к алкоголю эффективность запретительной терапии снижается.

Поэтому представляется обоснованным применение плацебо-опосредованной суггестии в лечении АЗ к тем пациентам, у которых патологическое влечение к алкоголю является ситуационно-обусловленным

или имеет элементы борьбы мотивов, а коэффициент «терапевтической резистентности» с учетом предыдущего опыта лечения больше 0,5.

### **Заключение**

Приведенные в данном пособии дифференциальные критерии различных вариантов злокачественного течения алкогольной зависимости позволяют осуществлять более тонкий диагностический подход к этой категории больных. Сочетанный анализ клинической картины алкогольной зависимости, данных анамнеза, неврологического и экспериментально-психологического обследования больных выявляет различия между ними, существенные для диагностики, лечения и прогноза заболевания.

Использование в клинической работе коэффициентов «злокачественности» и «терапевтической резистентности» служит оптимизации терапии на этапе восстановительного лечения, способствует профилактике срывов и рецидивов у больных со злокачественным течением алкогольной зависимости.

## Литература

1. Алтынбеков К.С. Типология , клиническая динамика и терапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга / К.С.Алтынбеков, Н.А. Бохан, Е.Д. Счастный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. - №3 – с.64-65
2. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. - СПб.: Речь, 2005. С.49-54.
3. Бойко Е.О. Алкогольная зависимость у лиц с органическим поражением центральной нервной системы (клинико-статистический анализ и социальные аспекты): автореф. дис. канд. мед. наук/ Е.О. Бойко; НИИ Наркологии. – М., 2002. – 19 с.
4. Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ...д-ра. мед. наук/ Н.А.Бохан; НИИПЗ СО РАМН. – Томск, 1996. – 46 с.
5. Бохан Н.А. Преморбид больных алкоголизмом с коморбидной черепно-мозговой травмой: особенности и прогностическое значение / Н.А. Бохан, В.Я. Семке, А.П. Агарков // Научно-организационные основы психиатрической и психологической помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока: материалы конф. – Сургут – Томск, 1998. - №3 – с.122-125
6. Братусь П.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров П.И. – М.: изд-во МГУ, 1984.
7. Воловик В.М. Клиника и течение злокачественных форм алкоголизма: автореф. дис. ...канд. мед. наук/ В.М. Воловик; 1-ый Ленингр.мед.ин-т им.акад.И.П.Павлова. – Л., 1965. – 18 с.
8. Гордова Т.Н. Некоторые особенности состояния опьянения у лиц с органическим поражением головного мозга / Т.Н. Гордова // Вопросы



- клинической и организационной психоневрологии. – Томск, 1958. – с. 68-69.
9. Гурьева В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм / В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин. – М.: Медицина, 1980. – 272 с.
10. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы / А.Ю. Егоров // Вопросы наркологии. – 2002. - №2. – с. 50-54.
11. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: методические рекомендации / Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А., Иовлев Б.В. и др.– СПб.: Институт им. В.М.Бехтерева, 2006.– 20 с.
12. Калина О.М. Психоорганические нарушения при алкоголизме: автореф. дис. ...канд. мед. наук/ О.М. Калина; НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – Л., 1982. – 24 с.
13. Кеттел Р., Эбер Г.У., Тацуока М. Руководство по работе с вопросником по 16 личностным факторам (16-PF) в клинической, педагогической, промышленной и исследовательской психологии с использованием всех форм теста. М., 1970.
14. Корнилов А.А. О взаимном влиянии хронического алкоголизма и травмы черепа (по данным сравнительного клинико-социального исследования) / А.А. Корнилов // Алкоголизм (клинико-терапевтический, патогенетический и судебно-психиатрический аспекты). – М., 1981. – с. 32-38.
15. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. 2007. №3. С. 93-112.
16. Пивень Б.Н. Алкоголизм и экзогенно-органические поражения головного мозга у мужчин и женщин: сравнительный анализ / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева // Вопросы наркологии. – 2006. - №3. – с. 36-42.

17. Равкин И.Г. Клиника и патогенез основных психопатологических синдромов, обусловленных токсическим и инфекционным поражением центральной нервной системы / И.Г. Равкин // Невропатология и психиатрия. – 1941. - №5. – с.17-25.
18. Ревенок А.А. Структурно-динамическая характеристика алкоголизма и особенности алкоголизма у лиц, перенесших черепно-мозговую травму: автореф. дис. ...канд. мед. наук/ А.А. Ревенок; ГНЦ соц. и суд. психиатрии им.В.П.Сербского. – М., 1990. – 24 с.
19. Семке В.А. Клинические особенности ремиссий и рецидивов у больных алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга: автореф. дис. ...канд. мед. наук/ В.А. Семке; НИИПЗ СО РАМН. – Томск, 2000. – 16 с.
20. Сергеев В.А. Сравнительное исследование больных с различными клиническими проявлениями ЧМТ, формирующихся на фоне хронического алкоголизма / В.А. Сергеев // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №3. – с. 44-46.
21. Четвертак И.М. Факторы злокачественного течения хронического алкоголизма: автореф. дис. ...канд. мед. наук/ И.М. Четвертак; НИПНИ им.В.М.Бехтерева. – Л., 1973. – 19 с.
22. SNAP-IV Swanson J., Nolan E., Palham W., 1992