



**Клинические и
медико-психологические
характеристики алкогольной
зависимости у больных
с расстройствами личности**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПб НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Клинические и медико-психологические характеристики алкогольной зависимости у больных с расстройствами личности

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/133 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка программ комплексной терапии коморбидных психических расстройства тревожного и депрессивного спектра»

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

Данные методические рекомендации составлены на основании клинического и клинико-психологического исследования пациентов, страдающих расстройствами личности, коморбидными с алкогольной зависимостью, и позволяют врачу усовершенствовать диагностические и терапевтические процедуры в отношении данного контингента больных. Для этого приводятся характеристики основных вариантов расстройств личности, их динамики, ряд клинико-психологических характеристик. Описаны признаки алкогольной зависимости у данного контингента больных. Выделена группа коморбидных больных с наиболее тяжелым течением алкогольной зависимости. Пособие предназначено для использования психиатрами-наркологами амбулаторной и стационарной наркологической служб.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: кандидат медицинских наук Т.Ю. Тульская; доктор медицинских наук, профессор О.Ф.; доктор медицинских наук, профессор Е.М. Крупицкий

Обозначения и сокращения

ААС — алкогольный абстинентный синдром

ПВА — патологическое влечение к алкоголю

УСК — уровень субъективного контроля

Нормативные ссылки

Без ссылок на нормативные документы

Введение

Различные варианты *расстройств зрелой личности* (в прошлых классификациях психических болезней — *психопатии*) являются факторами, способствующими формированию аддиктивной патологии у субъектов, которые подвержены этим расстройствам. По имеющимся данным у 30 % пациентов аддиктивная патология является коморбидной с теми или иными расстройствами личности. Поэтому уточнение диагностических данных и прогностических вопросов у этой категории больных является весьма **актуальным**. В связи с существенными изменениями, внесенными МКБ-10 в классификацию расстройств личности, возникла необходимость рассмотреть клиническую структуру предлагаемых в этой классификации расстройств личности и соотнести с ней характер возникновения и течения алкогольной зависимости в каждой из выделяемых групп больных. Это и явилось **задачей** настоящих методических рекомендаций. Правильная диагностическая оценка рассматриваемых коморбидных состояний бывает затруднительной, но она чрезвычайно важна, поскольку расстройства личности граничат с одной стороны с практической личностной нормой (например, личностные акцентуации), с другой — с малопрогрессирующими эндогенными процессами (шизофрения) и нерезко выраженными или атипичными аффективными расстройствами (маскированные, соматизированные и другие депрессии). Картина формирующейся в дальнейшем алкогольной зависимости также представляется достаточно атипичной. Воздействие алкоголя является постоянным патогенным фактором, отягощающим динамику расстройств личности, вызывая состояния декомпенсации, различные для каждого из видов расстройств личности и характерные для каждого из них. Это могут быть различные вариан-

ты депрессий и реактивные образования, достигающие выраженности психозов, патологические развития и др. Кроме того, алкогольная зависимость нередко заостряет, «окарикатурирует» имевшиеся ранее расстройства личности, создавая дополнительные трудности для больного и его окружения. Распознавание подобных коморбидных состояний необходимо для планирования лечебно-восстановительных мероприятий, которые должны складываться из воздействия на имеющиеся психопатологические расстройства, а также из собственно противоалкогольных мероприятий.

Основная часть

Общие клинические свойства расстройств зрелой личности

Под *расстройствами личности* традиционно понимают ее свойства, которые мешают человеку полностью адаптироваться к окружающей среде (в первую очередь к обществу) т.е. нормально в ней функционировать, соблюдая общепринятые нормы, адекватно реагируя на жизненные коллизии. Нередко, при первом знакомстве, даже при отсутствии анамнестических сведений обращают на себя внимание манера одеваться, беседовать, мимика, походка, характер эмоциональных реакций пациентов. Важное диагностическое значение имеет устойчивость рисунка поведения, сохранение его в самых разных ситуациях. Формируясь в детстве или отрочестве, определенные черты сохраняются на всю жизнь. В этом их отличие от процессуальных, постпсихотических либо посттравматических *изменений личности*, начало которых, как правило, можно определить, что трудно, а иногда и невозможно сделать, при расстройствах личности. Каждый из пациентов с личностными расстройствами реагирует на окружающее, демонстрируя присущие ему личностные характеристики, а изменение этих реакций может свидетельствовать о присоединении другой психической патологии (процессуальной, аддиктивной и др.). Важную роль в психопатологической картине расстройств личности у всех пациентов играют аффективные нарушения, которые, что особенно важно помнить, занимают ведущее положение в формировании и течении аддиктивных расстройств (в первую очередь алкогольной зависимости). Этим во многом можно объяснить частоту коморбидности обсуждаемых здесь патологических состояний с ал-

когольной зависимостью. Характер аффективных нарушений у лиц с расстройствами личности весьма разнообразен: от раздражительности до отчетливых депрессивных проявлений, хотя возникающие депрессивные расстройства нередко представляются состояниями легкой или средней выраженности. Частыми аффективными проявлениями в состояниях декомпенсации, связанных с внешними вредностями (перенапряжением, психическими травмами, соматическими заболеваниями) является тревога, дисфория, апатия, реже наблюдается меланхолический аффект. Кроме того, что эти расстройства могут способствовать возникновению у пациентов алкогольной зависимости, они еще значительно усложняют в дальнейшем картины коморбидных состояний, как в периоды обострений алкогольной зависимости, так и в ее ремиссиях.

Варианты расстройств зрелой личности (специфические расстройства личности)

Эмоционально неустойчивое расстройство. Основной чертой этих пациентов является изменчивость настроения и тесно связанная с этим импульсивность поведения, причем контроль за поведением и критика к нему обычно отсутствуют. Эти больные чрезвычайно подвержены внешним влияниям, не имеют своего мнения, их легко увлечь, как хорошим, так и плохим примером. Эмоциональные проявления не стойки: давая бурные аффективные вспышки, они быстро отвлекаются и успокаиваются. Бурный аффект всегда диктуется какими-нибудь конкретными событиями, но не является адекватным им, обычно «перехлестывая» по своей выраженности провоцирующий его раздражитель. Жизнь этих пациентов целиком зависит от окружения, в котором они находятся, однако аффективные вспышки, носящие характер дисфорий или астенических субдепрессий, не позволяют считать этих людей *конформными*. Злоупотребление алкоголем происходит в значительной мере под влиянием непосредственного окружения.

Шизоидное расстройство. Расстройства отличаются главным образом характеристиками мышления, рисунком поведения и своеобразными аффективными проявлениями. Обращает на себя внимание замкнутость, «закрытость» пациентов. Они не любят компании, за редким исключением, не имеют друзей. Мышлению их свойственны мечтательность, фантазирование, символические построения. Их умозаключения нередко демонстрируют неспо-

способность выделить главное, определить самый существенный признак. Рассуждения людей с шизоидным расстройством личности нередко носят характер бесплодного резонерства. В поведении отмечается неловкость, угловатость, резкость, «деревянность» походки, своеобразные тики, неадекватность мимики, отсутствие тонких модуляций голоса. Вычурность или нелепость одежды – нередкая особенность этих пациентов. Эмоциональный фон отличается монотонностью, отсутствием реакций на серьезные события и, в то же время, неадекватными эмоциональными ответами на мелкие неприятности (психестетическая пропорция). Эти люди живут в мире своих фантазий, обычно непонятных окружающим, выбирая себе занятия и профессии, позволяющие им избегать постоянного общения с людьми. Нередко описываемые расстройства сопровождаются подозрительностью, сверхценными идеями «дурного обращения» или мыслями о наличии у них какого-либо соматического заболевания, излечение от которого становится «целью жизни». В состояниях декомпенсации тревога является основным аффективным расстройством. Злоупотребление алкоголем бывает вызвано стремлением облегчить общение с окружающими (при необходимости такового), улучшить настроение, устранить тревогу.

Ананкастное расстройство личности. В старых классификациях эти расстройства назывались также *психастеническим* вариантом астенических психопатий. Основной чертой этих людей является неуверенность в своих действиях и результатах этих действий. Отсюда стремление делать все тщательно, добросовестно и требовать того же от других. Мышлению этих пациентов свойственна торпидность, трудная переключаемость, застревание на мелочах. В силу таких характеристик мышления у пациентов этой группы на фоне тревожного аффекта легко формируются навязчивые мысли о правильности, правомерности, рациональности своих действий, которые они тщательно продумывают и стараются производить в соответствии с имеющимися общественными установками. С целью уменьшить постоянное напряжение пациенты прибегают к различного рода двигательным навязчивостям (ритуалам). Декомпенсации протекают в виде аффективных расстройств с мрачностью, раздражительностью и дисфоричностью. Имеет место усиление навязчивостей. Мотивами к употреблению алкоголя служит стремление уменьшить постоянное напряжение, связанное с опасениями неправильно (недостаточно тщательно) выполнить то или иное задание, план, решение, установку т.д.

Тревожное (уклоняющееся) личностное расстройство. По описанию ближе всего к конституционально-депрессивному типу. Это люди с постоянно пониженным фоном настроения, напряженные, везде ожидающие подвоха, критики со стороны окружающих. В силу этого они крайне осторожны и разборчивы в установлении новых контактов. Свои способности они оценивают, как весьма ограниченные и в силу этого, всегда не удовлетворены своими поступками и высказываниями. Выглядят хмурыми, иногда раздраженными. Движения и темп мышления могут быть несколько замедлены (это «тугодумы»). При неблагоприятных обстоятельствах настроение еще в большей степени ухудшается, возникают субдепрессивные состояния или достаточно выраженные депрессии с меланхолической или тревожной окраской. При возникновении соматического неблагополучия нередко возникают депрессивно-ипохондрические состояния. Для этих пациентов характерны суточные колебания состояния с максимумом дискомфорта после утреннего пробуждения. Это свидетельствует о том, что у этих людей аффективные расстройства носят конституциональный, т.е. врожденный и постоянно им присущий характер. Употребление алкоголя носит характер попыток улучшить настроение и состояние в целом.

Зависимое расстройство личности. Это группа ближе всего к неврастеническому (конституционально-нервному) типу психопатий. Главной характеристикой их психического склада является неуверенность в себе, боязнь ответственности, чрезмерная чувствительность и впечатлительность. Подобные проявления во многом определяются характером нервных процессов у данных людей, характеризующихся их выраженной истощаемостью (астенией). При этом астения носит и физический и психический характер. Пациенты раздражительны, жалуются на усталость, трудность сосредоточиться, «пустоту в голове» и т. д. При малейшей возможности они стараются переложить решение стоящей перед ними задачи на другого человека, от которого они считают себя зависимыми. Это отчетливо «ведомые» люди, нуждающиеся в руководстве. Их трудности связаны не с пониженной самооценкой, тревогой, различного рода опасениями (как у пациентов группы зависимых), а с повышенной утомляемостью, невозможностью напряжения для мобилизации своих сил. Нередко возникающие у них состояния пониженного настроения носят характер астенических депрессий, в которых выражены раздражительность и слезливость (эмоциональная лабильность). И, в отличие от предыду-

щей группы пациентов, эти люди заметно хуже чувствуют себя к вечеру. В критических ситуациях могут давать псевдодементные картины, тревожные депрессии со сверхценными идеями отношения. Прием алкоголя на первых порах вызывает ощущение «прилива сил», «успокоения».

Истерическое расстройство личности. В этом варианте расстройств личности для пациентов характерно стремление во что бы то ни стало представить себя в выгодном свете, выделиться, оказаться на виду и остаться там как можно дольше. Для этого используются любые средства: театральные жесты и мимика, патетические интонации и даже беспардонная лживость. Такое поведение диктуется крайним эгоизмом людей с истерическим расстройством личности. При этом лживость часто носит характер совершенно пустых разговоров, не принося больным не только выгоды, но, напротив, выставляя их в нелепом виде, позволяя окружающим подвергать их насмешкам. Несмотря на кажущиеся бурными эмоции (хохот, рыдания. «падения в обморок» и др.), эмоциональная жизнь этих людей достаточно поверхностна и изменчива. Главное – это вызвать восторг у окружающих, оставаться в центре внимания любой ценой. Поведению пациентов, помимо демонстративности, свойственна манипулятивность в стремлении добиться своего любой ценой. При том нередко со стороны больных угрозы суицида, и даже демонстративные суицидальные попытки. Нередки со стороны пациентов и «уходы в болезнь», когда они предъявляют множественные и бесконечные, но часто неопределенные, жалобы, ходят по врачам, настойчиво требуя лечения. На фоне пониженного аффекта такие состояния могут оформляться в ипохондрические депрессии. Употребление алкоголя носит обычно «компанийский», подражательный или демонстративный характер.

Перечисленные здесь расстройства личности практически не встречаются изолированно, а сочетаются друг с другом, и тогда о варианте патологии судят по наиболее представленным в ней расстройствам. Если же в каком-то конкретном случае достаточно выражены расстройства из нескольких вариантов личностных расстройств, то говорят об их *смешанном* варианте.

Динамика коморбидных состояний при сочетании расстройств личности и алкогольной зависимости

Представленное выше деление расстройств личности достаточно схематично, однако дает общее представление о вариантах

рассматриваемой патологии в ее статике. Если говорить о течении этих расстройств, то приходится обращаться к основным личностным компонентам, обеспечивающим характер реагирования пациентов на различные ситуации. Они могут не совпадать у индивидуумов одной группы и в то же время быть общими у представителей различных групп. Пациенты с коморбидной патологией (расстройства личности и алкогольная зависимость), как уже отмечалось, имеют постоянную причину, способствующую декомпенсации — хроническую алкогольную интоксикацию. У них состояния дезадаптации возникают гораздо чаще и протекают дольше, чем у больных с расстройствами личности без алкогольной отягощенности. Поэтому для лечения коморбидных состояний важно определить сферы психической деятельности, которые в первую очередь участвуют в механизмах нарушения адаптации у пациентов с расстройствами личности при формировании алкогольной зависимости. Клинико-психологический анализ показывает, что такими сферами являются — *аффективная, когнитивная и поведенческая*. Они достаточно определенно связаны с картинами декомпенсации у пациентов и вариантами течения алкогольной зависимости у них. Эти сферы являются важными не только в механизмах декомпенсации состояния описываемых здесь коморбидных больных, но участвуют и в формировании такого сложного феномена, как психологическая защита, призванная снизить эмоциональное напряжение и предотвратить дезорганизацию психической деятельности в ситуации конфликта.

Кроме того, выделяемые параметры психической деятельности участвуют в формировании таких базовых состояний алкогольной зависимости, как патологическое влечение к алкоголю, острая алкогольная абстиненция, постабстинентный синдром. Такая общность патогенетических механизмов в известной мере также объясняет частоту рассматриваемой коморбидной патологии.

Состояния или реакции декомпенсации, протекающие преимущественно с *аффективными расстройствами*, выражаются в различного рода депрессиях. Для этих больных характерна субдепрессивная, а нередко «скрытая» симптоматика, снижение активности и работоспособности, потеря прежних жизненных интересов, постоянное наличие тревожного компонента депрессии. Другие варианты субдепрессий, встречающиеся у этих пациентов: астенический (субдепрессия с раздражительностью и истощаемостью), ипохондрический (сочетание пониженного настроения с

фиксацией пациента на неудовлетворительном соматическом состоянии), апатический (наличие в субдепрессивном состоянии вялости и безразличия к окружающему). Существуют и более сложные субдепрессии, включающие в себя обсессивную и депersonализационную симптоматику. Характерной особенностью всех этих депрессий является наличие в них (а не только в тревожно-депрессивном варианте) элементов тревоги, являющейся постоянным проявлением аффективных расстройств у больных со сформировавшейся алкогольной зависимостью. Реже встречаются собственно дисфорические или тревожные состояния без других существенных депрессивных признаков.

Среди *когнитивных расстройств* отмечаются нарушения мышления, к которым относятся бесплодное рассуждательство (резонерство), навязчивые мысли (умственная жвачка), обстоятельность (склонность к детализации), торпидность (трудная переключаемость), поверхностность, неспособность критического отношения к своим действиям, готовность к формированию сверхценных идей отношения или наличия у себя какого-нибудь соматического заболевания (ипохондрический вариант). Все эти характеристики мышления создают предпосылки для определенных вариантов болезненного реагирования пациента в критических ситуациях. Чаще всего возникают бредоподобные или ипохондрические состояния, а также апатические депрессии.

Третий вариант патологического реагирования может быть назван *поведенческим*. Он выражается в отклоняющемся от общественных норм поведении пациентов. Поступкам таких людей свойственны отрицание общественных норм, неуживчивость, конфликтность, нетерпимость, иногда склонность к конфронтации с законом.

Таким образом, деление пациентов на группы в данных рекомендациях и сравнение характеристик этих групп производится не по конкретным клиническим признакам (как, к примеру при классификациях болезни), а по характеру картин декомпенсации и преобладающему патогенетическому механизму (аффективному, когнитивному или поведенческому)

Разумеется, это тоже, в известной мере, схема, однако она оказалась полезной для более тщательного обследования приводимых здесь групп коморбидных пациентов, уточнения в дальнейшем их прогноза и разработки вариантов лечения.

Распределение вариантов расстройств личности по описанным нами группам представлено в таблице 1. Из таблицы видно,

что в первой группе с аффективными проявлениями в состояниях декомпенсации присутствуют пациенты с различными вариантами расстройств личности, не намного различаясь в процентном отношении. Это еще раз подтверждает то положение, что аффективные расстройства являются наиболее распространенными у пациентов с различными расстройствами личности и при алкогольной зависимости. Во второй группе, где у пациентов в состояниях декомпенсации преобладает в основном когнитивная патология, безусловным лидером является шизоидный вариант расстройства личности. У пациентов же с поведенческими проявлениями преобладают истерические расстройства личности.

Таблица 1

Распределение типов личности (% от каждой группы отдельно) по 3-м коморбидным группам больных

Расстройство личности	1-я группа, «аффективная» N=23	2-я группа «когнитивная» N=15	3-я группа «поведенческая» N=30
Эмоционально неустойчивое	33	-	10
Шизоидное	25	80	-
Ананкастное	17	20	-
Тревожное (уклоняющееся)	25	-	-
Зависимое	-	-	10
Истерическое	-	-	80
Итого	100	100	100

Как уже было сказано, аффективные расстройства различной окраски и выраженности, хотя играют существенную роль только в психопатологии первой группы, присутствуют у всех описываемых здесь коморбидных пациентов и, в той или иной степени, участвуют в оформлении клинической картины.

Распределение преимущественных вариантов аффективной патологии по выделяемым здесь группам, отражающим характер декомпенсаций (патологического реагирования) представлено на рисунке 1. Видно, аффективная патология в группах распределяется в основном в соответствии с наиболее характерными клиническими проявлениями в каждой из них. В первой группе, где преобладают аффективные расстройства, чаще всего наблюдается *тревога*, превалирующая над всеми компонентами депрессии. Во второй группе (с преимущественно когнитивными расстройства-

ми) наиболее выражена *апатия*. И, наконец, в третьей группе с выраженными поведенческими расстройствами резко увеличена частота собственно *дисфорических расстройств* (тоскливо-злое настроение). Остальные аффективные варианты встречаются во всех группах, но заметно реже.

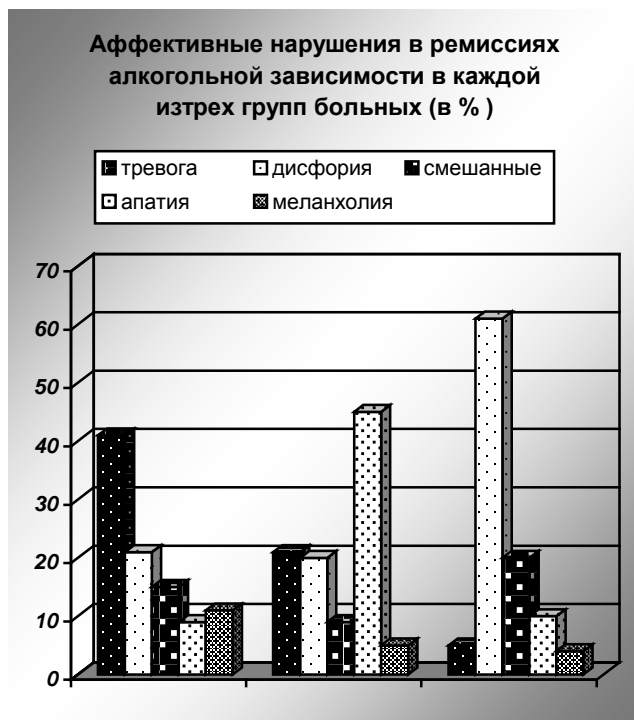


Рис. 1

Для уточнения прогноза дальнейшей динамики личностных расстройств и развития алкогольной зависимости представляется важной оценка устойчивости и социальной зрелости пациента в ситуациях преодоления трудностей, которые в наших случаях часто связаны с фактами употребления алкоголя. Такую оценку можно получить с помощью экспериментально-психологических методов, а именно определением «Уровня субъективного контроля (УСК)». Оказывается, что УСК наиболее высок в группе с когнитивными расстройствами (61%). В группе с аффективными нарушениями он несколько ниже (58%), а самый низкий УСК (41%) в группе с преимущественно поведенческими нарушениями. Таким

образом, можно отметить, что относительно социально «зрелой» является группа пациентов с преобладанием в состояниях декомпенсации когнитивных расстройств, а наименее «зрелой» группа с поведенческими отклонениями. Результаты использования этой методики подтверждаются данными определения типов психологических защит по методу Плутчика. Они показывают, что наиболее адаптивный, свидетельствующий о зрелости личности, тип психологической защиты (*рационализация*) наблюдается в 1-й и 2-й группах в большем проценте случаев (60 и 70 % соответственно) чем в 3-й группе (40 %). Этот тип психологической защиты характеризуется тем, что личность создает логические и, с ее точки зрения, благовидные обоснования своего и чужого поведения, вызванного причинами, которые она не может признать из-за угрозы потери самоуважения. Для третьей группы пациентов более характерна психологическая защита в виде *проекции* (70 %) представляющей более «упрощенный» ее вариант, по сравнению с предыдущим вариантом психологической защиты и выражается в перенесении личностью своих отрицательных, с точки зрения общества, свойств на других (из ближайшего окружения) людей. Частота этого типа защиты в двух первых группах одинакова и составляет 30 %. У пациентов с не осложненной алкогольной зависимостью преобладает более незрелая психологическая защита — *отрицание* (игнорирование вызывающих тревогу аспектов внешней реальности, которые очевидны для всех окружающих).

Приведенные факты объясняют критическое отношение значительной части коморбидных больных к злоупотреблению алкоголем (исключая 3-ю группу). Обычно критическое к злоупотреблению алкоголем делят на 3 категории: 1) *полная критика* — пациент полностью осознает наличие у него алкогольной зависимости, искренне переживает по поводу этого, изъявляет желание лечиться и, наконец, упорно лечится; 2) *формальная критика* — пациент соглашается, что болезнь эта пагубна для его организма, для его карьеры, для его семьи, однако относится к этому легко, не считает нужным лечиться, считая, что «сам справится», и соглашается лечиться только под определенным давлением близких; 3) *отсутствие критики* — полное отсутствие сознания болезни и активное нежелание лечиться. Если, используя эту схему, распределить наших пациентов, получится следующая картина (см. Таблицу2).

Таблица 2

Характер критики в различных группах больных
(в % от числа каждой из групп)

Группа больных	Характер критики к злоупотреблению алкоголем		
	Полная критика	Формальная критика	Отсутствие критики
1-я группа, «аффективная» (N=23)	75	14	11
2-я группа «когнитивная» (N=15)	60	22	18
3-я группа «поведенческая» (N=30)	2	38	60
«Люцидная» группа (N=43)	35	60	5

Примечание: «Люцидная» группа – больные алкогольной зависимостью, аналогичные по демографическим показателям больны трех коморбидных групп, но не страдающие другими психическими расстройствами.

Как видно, количество больных с полной критикой к болезни в 1-й и 2-й группах коморбидных больных значительно превосходит их количество в 3-й группе, где случаев полностью критического отношения к алкогольным проблемам практически нет, и при этом много случаев полного отсутствия критики. В группе больных с люцидным (не отягощенным другой психической патологией) алкоголизмом преобладают случаи формальной критики к алкогольным проблемам. Сравнения люцидной группы и группы с поведенческими расстройствами свидетельствует о более тяжелых личностных нарушениях — в последней, т.к. их уровень критики здесь значительно ниже, чем у «люцидных» больных.

Показатель социальной адаптации также достаточно четко представляет компенсаторные возможности пациентов в различных группах. Для определения этого показателя учитывают участие индивидуума в трудовой или учебной деятельности, стабильность и успешность этих процессов (вид деятельности, частоту смены мест работы характер отношений с товарищами по работе и администрацией, повышения по службе или желание повысить свой служебный статус), семейный статус пациента (отношения с членами семьи и выполнение семейных обязанностей). Уро-

вень удовлетворительной социальной адаптации в группе с *аффективными* расстройствами личности составляет 72% от всех больных этой группы; в группе с *когнитивными* расстройствами — 65%; у пациентов с *поведенческими* расстройствами — 28%. Аналогичный показатель у больных с *люцидной* алкогольной зависимостью составляет 70%. Как видно, больные первых двух групп по величине показателя социальной адаптации близки к люцидной группе. Больные же третьей группы значительно отстают от всех других, что может свидетельствовать о тяжести, как преморбидных личностных изменений, так выраженности коморбидной патологии, выражающейся в сочетании алкогольной зависимости именно с этими вариантами личностных расстройств (главным образом *истерических*).

Характеристики алкогольной зависимости у больных с расстройствами личности

Ведущими *мотивами употребления алкоголя* у коморбидных больных с расстройствами личности являются атактические (снятия тревоги, напряжения), гиперактивизирующие (алкоголь в первое время улучшает общий тонус и работоспособность, улучшает настроение), а также коммуникативные мотивы (попытки облегчить общение). Исключение составляет 3-я группа больных, где мотивы злоупотребления диктуются группой (субмиссивные), желанием получить удовольствие (гедонистические), желанием «показать себя» (традиционные). Больные люцидной группы используют алкоголь, в основном, в рамках традиций, влияния микросреды, а также по собственно аддиктивным (похмельным) мотивам.

Преморбидные по отношению к алкогольной зависимости черты личности обуславливают ранние измененные *формы опьянения*. В зависимости от характера изменений личности это — дисфорическое, истероформные и параноидные варианты опьянения.

Возникновение и выраженность *патологического влечения к алкоголю* (ПВА) у пациентов с расстройствами личности довольно часто связано с колебаниями их психического состояния. Ухудшение состояния усиливает патологическое влечение, но может сохраняться и после уменьшения или исчезновения спровоцировавших его расстройств.

Обострение ПВА у больных аффективной группы чаще связано с колебаниями настроения. В этих случаях аффективная составляющая ПВА проявляется сниженным настроением, тревогой, страхом, раздражением (оттенки дисфории). У пациентов когнитивной группы

ПВА чаще представлено нарушениями в идеаторной сфере — навязчивостями. Содержание этих навязчивостей составляют мысли об употреблении алкоголя. У пациентов с преобладанием расстройств поведения преобладает соответственно поведенческий компонент ПВА — с агрессивностью, враждебными намерениями, в основном по отношению к людям, требующим трезвости, категорическим отказом от врачебных вмешательств, демонстративным суицидальным поведением. В первых двух группах преобладает обсессивно-компульсивный вариант ПВА (рис. 2), а остальные варианты ПВА представлены менее, чем у половины больных, в 3-й группе наибольший процент случаев приходится на спонтанное неосознаваемое ПВА. В группе люцидных больных обсессивно-компульсивный и спонтанное неосознаваемое влечение представлены почти поровну и составляют основную часть группы, а компульсивное влечение отмечается в той же мере, что и в остальных группах.

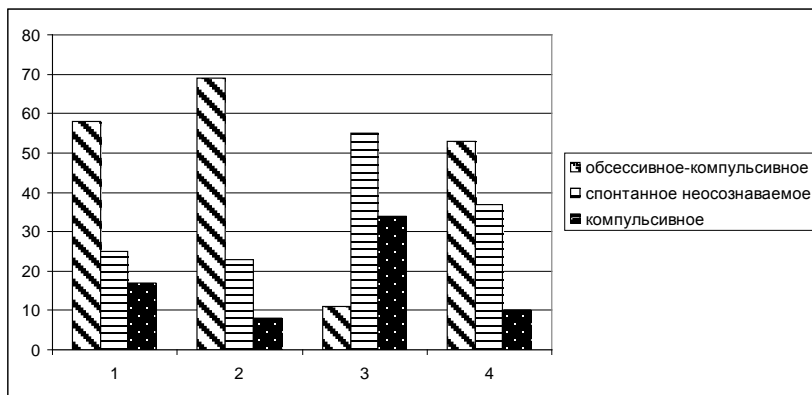


Рис. 2

Структура *алкогольного абстинентного синдрома (ААС)* — у большинства коморбидных больных имеет характерные отличия от ААС у больных люцидным алкоголизмом. При этом они зависят от конкретного вида расстройств личности. Так при эмоционально-лабильном варианте достаточно выражен сомато-вегетативный компонент ААС (73%). При шизоидном расстройстве личности преобладает когнитивный компонент синдрома (75%), а при истерическом — поведенческий (80%). В группе больных люцидным алкоголизмом, напротив, в ААС всегда преобладают соматовегетативные расстройства (81,4%). В 18,4 % случаев в этой группе сочетаются психические и соматовегетативные расстройства (они имеют ме-

сто у пациентов либо с длительным анамнезом заболевания алкоголизмом, либо имеющими выраженные резидуальные органические признаки, такие как метеотропность, плохая переносимость высоких доз алкоголя, выраженные амнестические нарушения периода опьянения, склонность к дисфориям и пр.). Как правило, психопатологические проявления ААС в этой группе имеют элементарный характер: дисфория, тревога, апатия, а также нарушение сна, кошмарные сновидения, гипнагогические галлюцинации.

Характер патологического влечения к алкоголю в различных группах больных (в %)

Особого внимания у коморбидных больных требуют, так называемые, *постабстинентные состояния*, являющиеся своего рода продолжением острой абстиненции и затягивающиеся нередко на два, три или более месяцев. Это фактически состояния декомпенсации у лиц с расстройствами личности, происходящие под влиянием хронической алкогольной интоксикации, к которой нередко прибавляются и другие патогенные моменты. Своевременная диагностика этих состояний крайне важна, т.к. ее игнорирование ведет к построению неадекватной схемы лечения больного. В частности в постабстинентном периоде пациенты нередко нуждаются в комплексном лечении с включением в него психотропных средств.

Дифференциальная диагностика подобных состояний строится на следующих моментах:

- в анамнезе у пациента обычно наблюдались подобные состояния, чаще проходившие без дополнительных вмешательств;
- состояние возникает после массивного злоупотребления алкоголем и тяжелой острой абстиненции (иногда с пределириозным состоянием), возможным присоединением (или обострением хронического) соматического заболевания;
- если в начале состояния имелась психотравмирующая ситуация, она быстро теряет актуальность, а психопатология сохраняется;
- психопатологические картины чаще всего носят характер неглубоких депрессий, с тревожным, обсессивным, ипохондрическим, апатическим, астеническим или дисфорическим оттенком;
- спонтанное течение этих состояний — регрессирующее.

Формы пьянства. В первой группе чаще наблюдается запойный вариант пьянства (64 %). Хаотический вариант пьянства, с беспорядочным чередованием периодов злоупотребления алкоголем и ремиссий, отмечается у этих пациентов в 20,5 % случаев, постоянное пьянство имеет место в 15,5 % случаев. Во второй группе преобладает хаотический ритм (53 % случаев). Остальные распределяются следующим образом: запойный — 27 %, постоянный — 13 %, перемежающийся — 7%. В третьей группе преобладает постоянный и перемежающийся ритм пьянства (68,5 %), запойный составляет 31,5 %. В группе люцидных больных чаще определяется запойный вариант употребления алкоголя (58,1 %), затем постоянный (37,9 %) и у 4 % — перемежающийся ритм.

Тип течения алкогольной зависимости у коморбидных больных с расстройствами личности в известной степени зависит от варианта личностной патологии, с которой нам приходится иметь дело в каждом конкретном случае. Имеющиеся в этом отношении данные также подтверждают правомерность деления вариантов декомпенсации (патологического реагирования) у данного контингента коморбидных больных. Темп формирования симптомов, смена стадий болезни, возможности социальной компенсации в первой и второй группах позволяет говорить о 60 % случаев умеренно прогрессивного и 40 % случаев выражено прогрессивного течения алкогольной зависимости. В то время, как в третьей группе, преобладает выражено прогрессивное течение (60 % случаев), 10 % составляют случаи злокачественного течения и лишь у 30 % больных течение алкогольной зависимости носит умеренно прогрессивный характер.

Ремиссии алкогольной зависимости в трех выделенных выше группах отличаются друг от друга (речь идет о частоте, длительности, клинической картине состояний, во время которых больные не употребляют алкоголя). Устойчивые *компенсированные* ремиссии редко наблюдаются у коморбидных больных. В 1-й и 2-й группах ремиссии носят преимущественно *субкомпенсированный* характер, когда состояние пациентов позволяет им сохранять на фоне воздержания от алкоголя достаточный уровень социальной активности, однако появляющиеся в тот или иной момент вредности (соматическое неблагополучие, психические травмы, различного рода перегрузки) вызывают ухудшение психического состояния и обострение ПВА. Возникающие состояния декомпенсации в первой группе выражаются в виде субдеперессивных состояний с усилением эмоциональной неустойчивости, раздражительностью, тревогой. Во второй группе

чаще наблюдаются апатические субдепрессии, депрессивно-обсессивные состояния и также тревога. При своевременном обращении к врачу эти состояния могут быть устранены, даже в случаях уже возникшего ПВА. Однако пациенты, особенно с небольшим сроком наличия физической зависимости от алкоголя, предпочитают «самопомощь» в виде приема алкоголя, что ведет к рецидиву алкогольной зависимости. В 3-й группе ремиссии, наблюдаемые у пациентов, обычно непродолжительны и достаточно редки. Таким образом, эти больные постоянно находятся или на грани *декомпенсации*, непосредственно в состоянии ухудшения психического состояния, возникающего при малейших неприятностях или спонтанно и выражающегося в дисфориях, тревоге, конфликтности, склонности к агрессии и демонстративному суицидальному поведению.

Учитывая немаловажную роль аффективных расстройств в декомпенсации состояния у коморбидных больных с расстройствами личности и алкогольной зависимостью, важно иметь в виду необходимость применения соответствующих влияющих на настроение средств для профилактики рецидивов алкогольной зависимости у этих пациентов.

Таким образом, при диагностике коморбидных состояний, возникающих в результате сочетания расстройств личности и алкогольной зависимости, необходимо учитывать характер декомпенсации этих пациентов, приводящий, как к формированию зависимости, так и влияющий на ее дальнейшее течение (формирование ремиссий алкогольной зависимости, возникновение рецидивов). При диагностике, составлении терапевтических программ и прогнозировании течения болезни и результатов лечения целесообразно учитывать характер реагирования пациентов на отягчающие течение болезни обстоятельства. Рассмотрение картин этого реагирования позволяет выделить три его варианта: *аффективный, когнитивный и поведенческий*. Сравнение пациентов с этими тремя вариантами картин декомпенсации показывает, что наиболее неблагоприятным вариантом по характеру течения болезни, клинической картине и прогнозу является группа коморбидных больных с поведенческим типом патологического реагирования (картины декомпенсации). Она и требует максимального внимания в терапевтическом процессе. Остальные две группы по картине и течению болезни представляются более благоприятными, но сочетание расстройств личности алкогольной зависимости и в этих случаях ставит серьезные диагностические и терапевтические задачи.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 09.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80