

Особенности патологического влечения у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (клиника, терапия)

ВОЛКОВА Е.В. асс. кафедры психотерапии и наркологии, ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава

Анализ результатов исследования патологического влечения у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде позволяет выделить три его варианта: дисфорический, депрессивный, истеро-эксплозивный. Их выраженность определяется преимущественно аффективным и поведенческим компонентами. В структуре аффективного компонента преобладают дисфорические расстройства либо в чистом виде, либо в виде дисфорического фона при депрессивных, тревожных и истеро-эксплозивных проявлениях. Поведенческий компонент характеризуется главным образом формированием алкогольного стереотипа поведения. Наиболее эффективной является комплексная терапия, учитывающая варианты патологического влечения к алкоголю, включающая медикаментозные препараты и психотерапию.

Введение

Алкоголизм — сложная социально-биологическая проблема, одной из частных задач которой является изучение клинических проявлений заболевания, коррелирующих с особенностями личности больных. Это важно для осуществления ранней диагностики алкоголизма и создания дифференцированных высокоэффективных программ терапии больных.

Основным признаком алкоголизма является патологическое влечение к алкоголю (ПВА), представляющее собой облитатный, «стержневой» симптом [4, 13, 14].

В последние десятилетия опубликованы работы, посвященные формированию ПВА и его патогенезу [13], выделению его клинических вариантов [3, 4, 6, 7], описанию клинических особенностей ПВА у больных с различными преморбидными чертами характера [1, 11, 13], а также выявлению причин, приводящих к актуализации патологического влечения к алкоголю и рецидиву злоупотребления алкоголем [9]. В работах многих авторов большое значение придается своевременной, патогенетически обоснованной терапии, направленной на подавление ПВА [2, 5, 8, 10, 12, 15].

Вместе с тем, многие аспекты проблемы ПВА остаются недостаточно изученными. В частности, не изучены клинические особенности ПВА у лиц с возбудимыми чертами в преморбиде, не выявлены факторы, способствующие обострению патологического влечения к алкоголю у этой группы больных, не разработаны дифференцированные в зависимости от психопатологической структуры ПВА программы профилактики, лечения и реабилитации больных алкоголизмом с возбудимыми чертами в преморбиде.

Целью настоящего исследования являются изучение особенностей клинико-психопатологической структуры патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде и разработка рекомендаций по дифференцированному подходу к лечению этой группы больных.

Объект и методы исследования

Нами были изучены клинико-психопатологически и экспериментально-психологически 182 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 18 до 52 лет, находившихся на стационарном лечении в Пензенской областной психиатрической больнице им. К.Р. Евграфова. Из них 120 боль-

ных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (1-я основная группа) и 62 больных алкоголизмом с астеническими чертами в преморбиде (2-я группа сравнения). Больные с органическим поражением головного мозга, с неалкогольными психическими расстройствами психотического уровня, психопатиями и с тяжелыми соматическими заболеваниями в исследовании не включались. Все больные были включены в исследование методом сплошной выборки. Личностные особенности больных алкоголизмом исследовались нами с помощью клинико-анамнестического и экспериментально-психологических методов. При квалификации преморбидных личностных особенностей использовалась классификация акцентуаций личности, предложенная К. Леонгардом (1981 г.). Для объективизации и уточнения личностных особенностей больных алкоголизмом применялись ММРП (Миннесотский многомерный личностный опросник) в адаптации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова и тест Г. Айзенка.

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе у четырех больных (3,3%) диагностирована I—II стадия алкоголизма, у 105 больных (87,5%) — II стадия, у 11 больных (9,2%) — II—III стадия. Во 2-й группе у двух больных (3,2%) диагностирована I стадия, у восьми больных (12,9%) — I—II стадия, у 40 больных (64,5%) — II стадия, у 12 больных (19,4%) — II—III стадия алкоголизма.

В обеих группах преобладали больные со II стадией алкоголизма (в 1-й — 87,5%, во 2-й — 64,5%). У больных основной группы чаще по сравнению с больными 2-й группы встречалась наследственная отягощенность алкоголизмом (59,2 и 38,7%, $p < 0,01$). Чаще имели место неблагоприятные условия личностного формирования (неполная семья, гипоопека, конфликты родителей), а также девиантное поведение в детском и подростковом возрасте, низкая школьная успеваемость.

Первое знакомство с алкоголем у больных с возбудимыми чертами личности в преморбиде по сравнению с больными 2-й группы происходило достоверно раньше (в $15,15 \pm 1,81$ года и $19 \pm 0,87$ года, $p < 0,01$). Длительность же бытового пьянства была короче ($3,72 \pm 0,33$ года и $8,74 \pm 0,41$ года, $p < 0,01$). Раньше формировалось заболевание алкоголизмом: у больных 1-й группы — в возрасте $18,83 \pm 0,64$ года, а у больных 2-й группы — в возрасте

23,14±0,72 года, $p < 0,01$. Стадии алкоголизма у больных с возбудимыми чертами оказались короче, чем у больных группы сравнения (I стадия — 4,18±0,31 года и 7,5±0,28 года, $p < 0,01$; II стадия — 7,97±0,37 года и 9,43±0,77 года, $p < 0,05$). Обращает на себя внимание факт высокой изначальной (физиологической) толерантности к алкоголю у больных I-й группы (в 4 раза выше по сравнению с толерантностью у больных с астеническими чертами) и значительно более высокого повышения ее в период заболевания. Измененные формы опьянения протекают у больных основной группы преимущественно (в 76,7% случаев) по взрывчатому типу, реже (в 9,5% случаев) — по эпилептоидному варианту.

Форма злоупотребления алкоголем у больных обеих групп существенно не различалась и преимущественно носила характер псевдозапоев (76,7 и 84,6% соответственно). У больных с возбудимым преморбидом во II стадии алкоголизма преобладал ААС с церебральными и висцеральными расстройствами, а во II—III стадиях — ААС с психопатологическими расстройствами. У больных с астеническим преморбидом во II стадии алкоголизма преобладал ААС с нейровегетативными и висцеральными расстройствами, во II—III стадиях преобладал ААС с церебральными расстройствами. Психопатологические расстройства в ААС у больных основной группы носили в большинстве случаев (57,7%) характер выраженной дисфории с тоскливо-злым настроением и агрессивным поведением.

Для больных алкоголизмом с возбудимыми чертами преморбидной личности типично возникновение психопатоподобных изменений по взрывчатому типу (в 67,5% случаев). У больных с астеническим преморбидом заострение личности в большинстве случаев (78,8%) протекало по гипостеническому типу. Различия в характере имевших место у больных психотических расстройств в группах оказались статистически недостоверными.

У больных алкоголизмом с возбудимыми чертами в преморбиде терапевтические ремиссии возникали реже и продолжались короче.

У больных основной группы (120 чел.) были выявлены три вида типичных эмоционально-поведенческих проявлений, получивших отражение в структуре ПВА и определивших необходимость подразделения больных на три подгруппы: дисфорическую, депрессивную и истеро-взрывчатую.

В дисфорическую подгруппу вошли 56 больных алкоголизмом (46,7%), для которых были характерны: склонность к колебаниям настроения с преобладанием угрюмо-злобно-го фона настроения, взрывчатость, злобность, неуживчивость. В депрессивную подгруппу вошли 47 больных алкоголизмом (39,2%), у которых были отмечены: преобладание сниженного настроения с тревогой, вязкость психогенно-обусловленного аффекта, длительное застревание на своих переживаниях. У 17 обследованных больных (14,1%) на фоне выраженного эгоцентризма, психической инфантильности, театральности в поведении, жадны восхищения наблюдались повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, несдержанность, склонность в состоянии возбуждения к слезливости. Эти больные были выделены в истеро-взрывчатую подгруппу.

Для групп сравнения были характерны повышенная чувствительность к эмоциональным воздействиям, неустойчивое настроение с явлениями раздражительной сла-

бости, робость, застенчивость, обидчивость, нерешительность.

По результатам исследования с помощью ММРІ оказалось, что у больных алкоголизмом в дисфорической подгруппе преобладают показатели шкалы Pd (психопатии) — 70,8±2,1 балла, Pa (паранояльности) — 70,3±3,8 балла, Ma (гипомании) — 69,1±1,3 балла. В депрессивной подгруппе наиболее высокие баллы отмечены по шкале Pd (психопатии) — 69,9±2,3 балла, Pa (паранояльности) — 68,4±3,7 балла и D (депрессии) — 72,9±2 балла. В истеро-взрывчатой подгруппе преобладают показатели шкалы Ну (истерия) — 72,5±2,5 балла, Pd (психопатия) — 70,9±1,4 балла.

У больных алкоголизмом с астеническими чертами в преморбиде преобладают показатели шкалы Hs (ипохондри) — 72,8±3,4 балла, D (депрессии) — 70,6±2,1 балла и Pt (психастении) — 73,5±2,7 балла.

При исследовании по методике Г. Айзенка у всех больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде был выявлен холерический темперамент личности, а у больных алкоголизмом с астеническими чертами личности в преморбиде — меланхолический темперамент.

У больных дисфорической подгруппы ПВА проявлялось мрачным раздражительно-гневливым настроением с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, взрывчатостью, угрюмостью, ощущением внутреннего дискомфорта, агрессивностью, конфликтностью, рано формирующимся алкогольным поведенческим стереотипом и слабой выраженностью алкогольной доминанты. Влечение к спиртному носило компульсивный характер, без борьбы мотивов. Интенсивность влечения была очень высокой, влечение носило генерализованный характер. Больные с трудом формулировали проявления влечения к алкоголю. Жаловались на дискомфорт, «чего-то не хватает», «что-то не так», на внутреннее напряжение. При квантификации компонентов ПВА (оценочный глоссарий Н.В. Чередниченко, В.Б. Альтшулер, 1992 г.) было выявлено выраженное преобладание аффективного и поведенческого компонентов (таблица). Основным в аффективном компоненте ПВА была дисфория. У девяти больных (16,08%) степень выраженности дисфории расценивалась как легкая, у 32 больных (57,14%) — как средняя, и у 15 больных (26,78%) — как тяжелая.

В поведенческом компоненте ПВА стержневым оказалось формирование алкогольного поведенческого стереотипа — у 36 больных (64,28%). Нерезко выраженным было формирование алкогольной доминанты, наблюдавшееся всего лишь у 11 больных (19,64%). И менее всего проявлялись вегетативный и идеаторный компоненты ПВА (таблица).

Факторами, актуализирующими ПВА, в большинстве случаев (73,2%) были спонтанное усиление тоскливо-злобно-го настроения, реже (26,8%) — различные конфликты.

У больных с депрессивной структурой ПВА характерными были постоянно угнетенное настроение с элементами тревоги и раздражительности, эмоциональная неустойчивость, снижение психической активности. Депрессивные расстройства не достигали значительной глубины и проявлялись на своеобразном дисфорическом фоне. Пониженное настроение сопровождалось не только подавленностью, тревожностью, раздражительностью, но и недовольством окружающими, стремлением обвинения их в своем плохом настроении, в своих несчастьях. При этом наблюдались рас-

Результаты психопатологического исследования ПВА у больных алкоголизмом с возбудимыми и астеническими чертами личности с использованием оценочного глоссария Н.В. Чередниченко и В.Б. Альтшулера (1992)

№ п/п	Структурные компоненты патологического влечения	Степень выраженности в баллах	Количество больных с возбудимыми чертами						Количество больных с астеническими чертами	
			Дисфорический вариант		Депрессивный вариант		Истерио-эксплозивный вариант			
			N, чел.	%	N, чел.	%	N, чел.	%	N, чел.	%
1.	Аффективный компонент									
1.1.	<i>Субдепрессивное состояние</i>									
1.1.1.	Пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость	1	34	60,71	19	40,42	11	64,71	9	14,51
1.1.2.	Избегание общения из-за отсутствия интереса. Жалобы на скуку, однообразие жизни. Избегание всякой деятельности. Медлительность, вялость. Фиксация на жизненных невзгодах и понесенных обидах	2	—	—	21	44,68	—	—	2	3,23
1.1.3.	Подавленность, жалобы на плохое настроение, безразличие к окружающему, утрата эмоциональных контактов, нежелание чем-либо заниматься. Стремление к залеживанию в постели. Неряшливость	3	—	—	7	14,9	—	—	—	—
1.2.	<i>Тревога</i>									
1.2.1.	Озабоченность по различным конкретным поводам	1	—	—	7	14,9	4	23,5	4	6,45
1.2.2.	Мрачное предчувствие, пугающая неопределенность будущего, неуверенность в собственных силах	2	18	32,15	31	65,96	2	11,76	24	38,71
1.2.3.	Напряженное ожидание надвигающегося срыва. Ощущение беспомощности, неусидчивость, беспокойство, назойливость	3	8	14,28	9	19,14	—	—	7	11,29
1.3.	<i>Эмоциональная лабильность</i>									
1.3.1.	Слезы и омраченность только при обсуждении неприятных для больного вопросов. Незначительность и непродолжительность перепадов настроения	1	5	8,93	2	4,25	3	17,64	4	6,45
1.3.2.	Взволнованность и слезы в течение всей беседы и некоторое время после нее	2	3	5,36	8	29,41	5	29,41	2	3,23
1.3.3.	Обидчивость, капризность, слезливость в течение всего дня	3	—	—	1	2,13	2	11,76	—	—
1.4.	<i>Дисфория</i>									
1.4.1.	Недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение	1	9	16,08	23	48,93	5	29,4	3	4,84
1.4.2.	Напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности	2	32	57,14	12	25,53	62	70,6	1	1,61
1.4.3.	Подавленность, напряженность, агрессивность	3	15	26,78	—	—	15	26,78	—	—
2.	Поведенческий компонент									
2.1.	<i>Алкогольная доминанта</i>									
2.1.1.	Смакование алкогольной тематики в беседах. Гиперактивность и хлопотливость в попытках отвлечься от мыслей о спиртном. Просьбы о дополнительном лечении. Горячность, показательный пафос в осуждении пьянства. Несобранность, забывчивость, непоседливость	1	11	19,64	9	19,15	1	5,88	48	77,42
2.2.	<i>Формирование алкогольного поведенческого стереотипа</i>									
2.2.1.	Стремление уклониться от лечения. Недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы. Изменение круга общения (общение с больными, не настроенными на лечение). Неустойчивость и непоследовательность в повседневных делах. Суетливость, рассеянность, заторможенность	2	36	64,28	30	63,83	13	76,47	11	17,74

Таблица (продолжение)

№ п/п	Структурные компоненты патологического влечения	Степень выраженности в баллах	Количество больных с возбудимыми чертами						Количество больных с астеническими чертами	
			Дисфорический вариант		Депрессивный вариант		Истеро-эксплозивный вариант		N, чел.	%
			N, чел.	%	N, чел.	%	N, чел.	%		
2.3.	<i>Появление признаков деградации в поведении</i>									
2.3.1	Враждебность, оппозиция к лицам, навязывающим трезвость, "эксперименты" с алкоголем. Обращение с жалобами на тягу к спиртному. Стремление немедленно выписаться.	3	9	16,08	8	17,02	3	17,65	3	4,83
3.	Вегетативный компонент									
3.1.	<i>Алкогольные сновидения, нарушения сна</i>									
3.1.1.	Спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой, трудности при его воспроизведении	1	7	12,5	6	2,76	2	11,76	19	30,65
3.1.2.	Яркие алкогольные сновидения, оставляющие сильное влечение. Оживление мимических реакций при воспроизведении содержания сна	2	3	5,36	—	—	1	5,88	23	37,1
3.1.3.	Поверхностный сон, частые просыпания. Яркие будоражающие алкогольные сновидения	3	1	1,79	5	10,63	1	1,79	20	32,25
3.2.	<i>Мимические реакции</i>									
3.2.1.	Нет	0	41	73,22	38	80,85	14	82,35	23	37,1
3.2.2.	Есть	1	15	26,78	9	19,15	3	17,65	39	62,9
3.3.	<i>Изменение аппетита</i>									
3.3.1.	Неустойчивость аппетита	1	5	8,92	7	14,91	1	5,88	24	38,71
3.3.2.	Стойкое снижение или повышение аппетита	2	12	21,43	13	27,65	2	11,76	27	43,55
3.3.3.	Анорексия, булимия, жажда	3	3	5,36	1	2,13	1	5,88	11	17,74
4.	Идеаторный компонент									
4.1.	<i>Симптоматика, отражающая отношение к алкоголю</i>									
4.1.1.	Эпизодически появляющиеся мысли (воспоминания) о спиртном	1	42	75	31	65,96	11	64,71	7	11,3
4.1.2.	Частое возвращение к мыслям о спиртном	2	7	12,5	11	23,40	2	11,76	12	19,35
4.1.3.	Постоянные размышления о спиртном	3	—	—	—	—	—	—	43	69,35

стройства сна, аппетита, сексуальных функций. Влечение к спиртному носило не столь брутальный характер, его реализация включала борьбу мотивов. В структуре аффективного компонента ПВА в данной подгруппе у 19 больных (40,4%) были выявлены легкие депрессивные расстройства, у 21 больного (44,7%) — средние и у трех больных (14,9%) — достаточно выраженные депрессивные расстройства; легкая тревога наблюдалась у семи больных (14,9%), у 31 больного (66%) — средняя, и у девяти больных (19,1%) — выраженная тревога. Поведенческий компонент ПВА характеризовался формированием алкогольного поведенческого стереотипа у 30 больных (63,8%). Вегетативный и идеаторный компоненты были незначительно выражены. Актуализации влечения также способствовали спонтанно сниженное настроение (в 82,9% случаев) и стрессовые ситуации (17,1%).

У больных с истеро-эксплозивной структурой ПВА основными клиническими проявлениями ПВА были аффективный и поведенческий компоненты, которые характеризовались психической инфантильностью, демонстративностью, эмотивностью, сочетавшейся с повышенной раздражительностью, гневливостью, склонностью к бурным аффектам. Для поведенческого компонента был характерен гротескно выраженный алкогольный поведенческий стереотип. Реализация влечения к спиртному но-

сила демонстративный характер — от эпатажного до протестного и во многом ситуационно зависела от окружения. Для структуры аффективного компонента ПВА были типичны: элементы дисфории (100%), субдепрессии (64,7%), выраженная эмотивность (58,8%).

Особенностью поведенческого компонента являлось почти полное отсутствие проявлений алкогольной доминанты. Главным проявлением поведенческого компонента выступало формирование алкогольного поведенческого стереотипа (76,5%): стремление уклониться от лечения, желание ускорить выписку из больницы, общение с больными, не настроенными на лечение.

Факторами, обостряющими влечение, являлись спонтанное усиление колебания настроения с повышенной возбудимостью, «внутренним напряжением», дискомфортом (70,6%), с желанием быть в центре внимания (29,4%).

В патологическом влечении к алкоголю у больных алкоголизмом с астеническими личностными чертами в преморбиде статистически достоверно ($p < 0,01$) преобладали идеаторный и вегетативный компоненты (таблица). Идеаторный компонент ПВА был выражен в большей степени и проявлялся в виде постоянных мыслей и размышлений о спиртном. Вегетативный компонент ПВА включал весь спектр диссомнических, мимико-вегетативных наруше-

ний, изменений аппетита. Аффективный и поведенческий компоненты ПВА у больных этой группы статистически достоверно ($p < 0,01$) были выражены меньше, чем у больных алкоголизмом с возбудимыми личностными чертами в преморбиде. Аффективный компонент ПВА был представлен в основном тревогой. В поведенческом компоненте преобладала алкогольная доминанта. Актуализация ПВА происходила при усилении астении и тревоги.

В результате изучения психопатологической структуры ПВА у больных алкоголизмом с возбудимыми личностными чертами в преморбиде и выделения трех подгрупп больных с дисфорическим, депрессивным и истеро-эксплозивным вариантами разработаны дифференцированные схемы медикаментозного и психотерапевтического лечения их. У больных с преобладанием в психопатологической картине ПВА дисфорических расстройств наиболее эффективным является назначение антидепрессантов седативного действия (амитриптилина 150 мг/сут. или леривона 60–90 мг/сут.), нейролептиков (сонапакса 100–150 мг/сут. и неулептила 30–60 мг/сут.) и, короткими курсами, феназема 1–2 мг/сут. Результаты назначенной больным алкоголизмом дисфорической подгруппы терапии характеризуется поступательной редукцией психопатологической симптоматики ПВА. Динамика редукции аффективного компонента ПВА в баллах: до лечения — $2,6 \pm 0,1$; на 3-й день — $2,0 \pm 0,31$; на 7-й день — $0,9 \pm 0,4$; на 14-й день — $0,4 \pm 0,17$. Динамика редукции поведенческого компонента ПВА в баллах: до лечения — $2,1 \pm 0,2$; на 3-й день — $1,3 \pm 0,12$; на 7-й день — $0,75 \pm 0,8$; на 14-й день — $0,2 \pm 0,1$ (рис. 1).

Психотерапевтическое воздействие осуществлялось с помощью рациональной, эмоционально-стрессовой, семейной психотерапии и аутогенной тренировки. Основной направленностью психотерапии являлось воздействие на систему отношений больного к болезни, лечению, к окружающим, на личностные изменения, регуляцию эмоционального фона. Исследование динамики редукции аффективного и поведенческого компонентов, являющихся ведущими в структуре ПВА, показало высокую эффективность указанного терапевтического комплекса.

У больных с депрессивным вариантом ПВА алгоритм терапевтической программы включал антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы. В частности, эффективным было назначение ципрамила 40 мг/сут., антидепрессанта с сбалансированным ме-

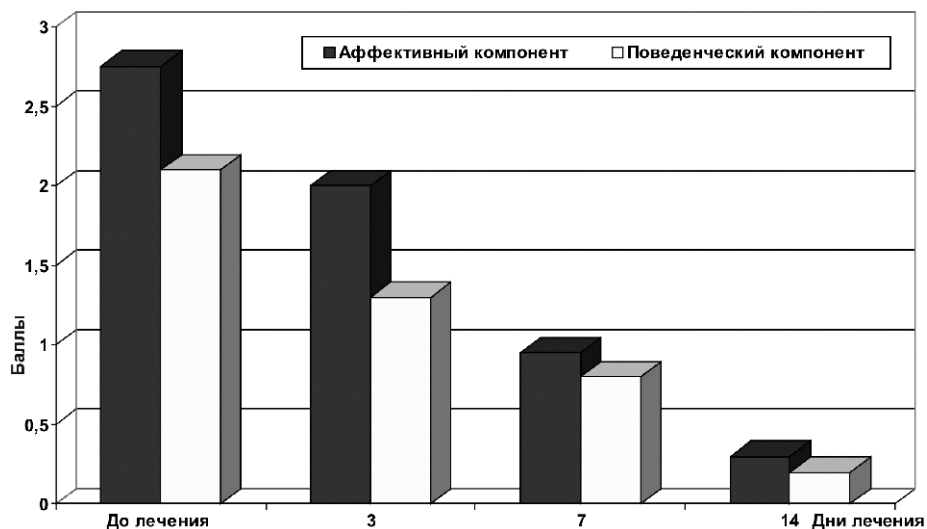


Рис. 1. Динамика психопатологических проявлений в структуре ПВА при комплексном лечении больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (дисфорическая подгруппа); $n=56$

ханизмом действия, включающим седативный и стимулирующий эффекты. У больных с умеренными проявлениями депрессии и тревоги положительный эффект достигался назначением леривона 60–90 мг/сут. В терапевтический комплекс входит нейролептик, обладающий седативным и антитревожным действием — терален по 150 мг/сут., при диссомнии — феназепам 1–2 мг на ночь и, учитывая наличие дисфорических проявлений, — финлепсин 600 мг/сут. Результаты применения указанного комплекса терапевтических мероприятий выглядят следующим образом. Редукция аффективного компонента ПВА в баллах: до лечения — $1,7 \pm 0,68$; на 3-й день — $0,9 \pm 0,4$; на 7-й день — $0,5 \pm 0,7$; на 14-й день — $0,2 \pm 0,9$; редукция поведенческого компонента: до лечения — $1,35 \pm 0,3$; на 3-й день — $0,7 \pm 0,4$; на 7-й день — $0,5 \pm 0,7$; на 14-й день — $0,3 \pm 0,8$ (рис. 2).

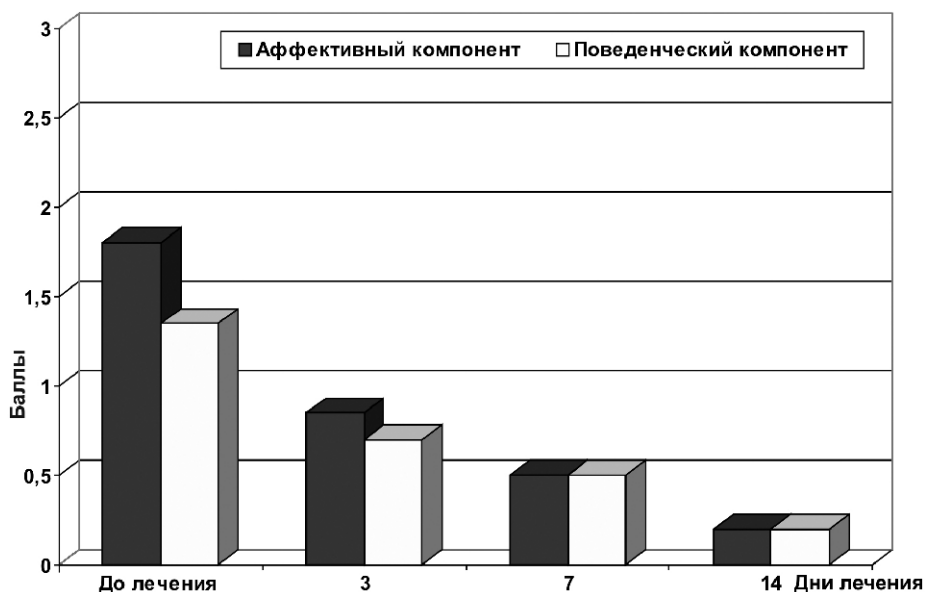


Рис. 2. Динамика психопатологических проявлений в структуре ПВА при комплексном лечении больных алкоголизмом с возбудимыми чертами в преморбиде (депрессивная подгруппа); $n=47$

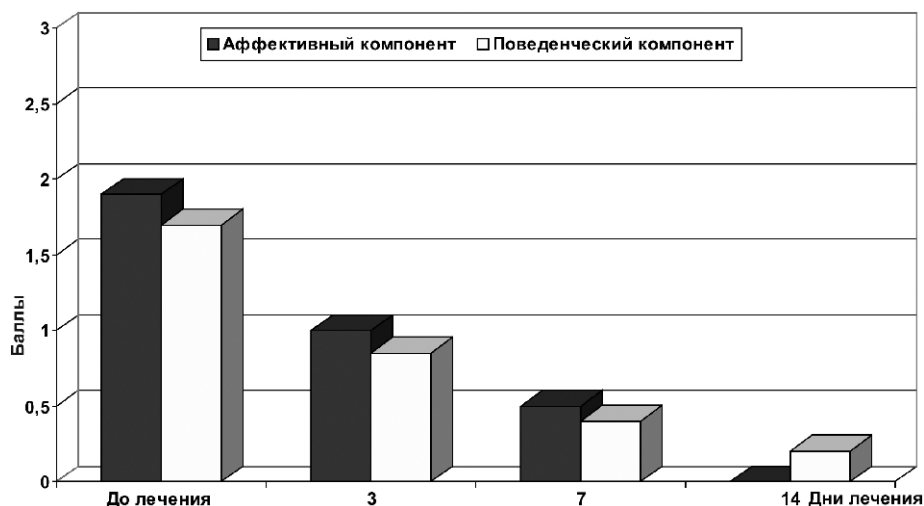


Рис. 3. Динамика психопатологических проявлений в структуре ПВА при комплексном лечении больных алкоголизмом с возбудимыми чертами в преморбиде (истеро-эксплозивная подгруппа); n=17

Психотерапия осуществлялась с использованием рациональной и семейной методик. При этом важное значение придавалось выработке устойчивости больных к стрессовым ситуациям и изменению отношения к болезни и лечению. Почти полная редукция депрессии и тревоги достигалась к концу второй недели лечения.

Основой терапевтического комплекса, дававшего хороший эффект у больных истеро-эксплозивной подгруппы, является назначение хлорпротексена по 150 мг/сут. Учитывались его седативное действие и вызываемая им «аффективная блокада». При психопатоподобных проявлениях целесообразным оказывалось дополнительное подключение неулептила по 30 мг/сут. Всем больным назначались леривон 60–90 мг/сут., финлепсин 600 мг/сут., а при диссомнии — феназепам 1 мг на ночь.

Результаты проведенного лечения оказались следующими. Редукция аффективного компонента ПВА в баллах: до лечения — 1,9±0,9; на 3-й день — 0,95±0,6; на 7-й день — 0,5±0,2; на 14-й день — 0,2±0,1; редукция поведенческого компонента: до лечения — 1,7±0,7; на 3-й день — 0,85±0,3; на 7-й день — 0,48±0,1; на 14-й день — 0,2±0,3 (рис. 3).

Психотерапия включала эмоционально-стрессовую гипнотерапию, психическую саморегуляцию, групповую психотерапию и была направлена на выравнивание эмоционального фона, на выработку умения регулировать его, на проработку наиболее значимых конфликтов в ситуационно-психологических тренингах.

Предложенные терапевтические программы лечения больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде позволили уменьшить продолжительность купирования ПВА с 17,8±0,95 до 10,7±0,8 суток.

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что выраженность патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде определяется преимущественно аффективным и поведенческим компонентами. В структуре аффективного компонента ПВА преобладают дисфорические расстройства либо в чистом виде, либо в виде дисфорического фона при депрессивных, тревожных и эксплозивных

проявлениях. Поведенческий компонент ПВА характеризуется главным образом формированием алкогольного стереотипа поведения и слабой выраженностью формирования алкогольной доминанты. Клинико-психопатологические особенности ПВА у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде определяют возможность выделения трех его вариантов: дисфорического, депрессивного и истеро-эксплозивного. В структуре дисфорического варианта ПВА типичны преобладание мрачного раздражительно-гневливого настроения, ощущение внутреннего дискомфорта, фрустрационное напряжение, агрессивные тенденции, рано формирующийся алкогольный поведенческий стереотип, слабая выраженность алкогольной доминанты. Для депрессивного варианта ПВА характерны постоянное угнетенное настроение с эле-

ментами тревоги и раздражительности, эмоциональная неустойчивость, преобладание алкогольного поведенческого стереотипа. При истеро-эксплозивном варианте ПВА на первый план выступают психическая инфантильность, демонстративность, эмотивность, сочетающаяся с повышенной раздражительностью, гневливаемостью и склонностью к бурным аффектам. Типичен гротескно выраженный алкогольный поведенческий стереотип. Актуализация ПВА связана преимущественно с аутохтонными процессами: спонтанное усиление колебания тоскливо-злобного настроения, повышенная возбудимость, внутреннее напряжение, сниженное настроение. Наиболее эффективной у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде является комплексная терапия, учитывающая варианты ПВА, включающая медикаментозные препараты и психотерапию.

Список литературы

1. Абрамочкин Р.В. Клинико-психопатологические особенности и терапия первичного патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с астеническими чертами характера в преморбиде: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 21 с.
2. Агибалова Г.В., Захаров М.В., Лобачева А.С. Использование антидепрессанта циталопрам при лечении больных с алкогольной зависимостью // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №4. — С. 156–159.
3. Агибалова Г.В., Винникова М.А. Взаимосвязь аффективных расстройств и патологического влечения при болезнях зависимости // Материалы XIV съезда психиатров России (15–18 ноября 2005 г.). — М., 2005. — С. 325.
4. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1984. — 33 с.
5. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Русинов А.В. Результаты изучения клинической эффективности препарата пирозидол при лечении больных алкоголизмом и героиновой наркоманией // Сб. статей. Пирозидол (Эглек): Информация для врачей (Результаты клинических испытаний). — М., 2005. — С. 28–38.
6. Басманова Т.Б. Особенности клиники патологического влечения к алкоголю у больных конечной (III) стадией алкогольной зависимости // Материалы XIV Всероссийского съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 328.

7. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1997. — №1. — С. 59–60.
8. Винникова М.А., Русинова О.И. Использование коаксила при лечении аффективных расстройств у больных алкоголизмом // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — №3. — С. 96–99.
9. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М., 2003. — 214 с.
10. Ерышев О.Ф., Аркадьев В.В. Современные тенденции фармакотерапии больных алкогольной зависимостью // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №4. — С. 147–149.
11. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М.: Российский благотворительный фонд «НАН», 1996. — С. 20–34.
12. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Антаксон: Современные подходы к терапии алкогольной зависимости // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №4. — С. 142–147.
13. Иванец Н.Н. Наркология сегодня // Современные достижения наркологии. Материалы международной конференции посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 3–22.
14. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. Изд-е 2-е доп. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
15. Walter H., Lesch O. Alcohol dependence and depression — implications for therapy and research // Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии». — М., 2005. — С. 119.

SPECIAL FEATURES OF PATHOLOGICAL DRIVE IN ALCOHOLIC PATIENTS WITH EXCITABLE TRAITS IN PREMORBIDAE

VOLKOVA E.V.

Studying the results of observations of pathological drive in alcoholic patients with excitable traits in premorbidae we can differentiate its three types: dysphoriac, depressive, hystero-explosive. They can be demonstrated by affective and behavior constituents. Dysphoriac disorders, either vividly or like background in depressive and hystero-explosive cases, predominate in the structure of the affective part. Behavior constituent is characterized by forming alcoholic behavior stereotype. Taking into account pathological drive we can say the most effect treatment in these conditions is complex therapy including medication and psychotherapy as well.