

Типология и систематика резидуальных психических расстройств при алкогольной зависимости

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., проф., руководитель отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, Москва

АГАФОНОВА С.С.

аспирант отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава, Москва

На материале обследования 85 лиц с алкогольной зависимостью, которые находились на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГУ «ГНЦССП Росздрава», показано, что у больных алкогольной зависимостью после купирования интоксикационных, абстинентных и постабстинентных расстройств наблюдаются полиморфные психические и поведенческие расстройства, диагностическая верификация которых ограничена рубрикой МКБ-10 — резидуальные и отсроченные психические расстройства (F10.7). С учетом полиэтиологичности и многофакторности психических расстройств, продолжающихся после окончания прямого действия алкоголя, обосновывается возможность расширить их диагностику за счет других рубрик МКБ-10, что будет способствовать более четкой клинической верификации этих состояний.

Введение

Предыдущими исследованиями было показано, что клиническая картина алкогольной зависимости представлена сложным комплексом разнородных нарушений, где психические расстройства находятся в сложном взаимодействии с неврологическими и соматическими [2—4, 7, 8, 10]. В развитии и формировании этих нарушений помимо хронической интоксикации алкоголем принимают участие различные и многочисленные этиологические причины: аномалии развития головного мозга, патохарактерологические особенности преморбидной личности, разнообразные аномалии нервно-психического развития, первичные и вторичные метаболические нарушения, связанные с разнообразными причинными факторами, в том числе и с хронической интоксикацией алкоголем. В связи с такой полиэтиологичностью и многофакторностью формирования диагностическая верификация и систематика этих расстройств представляет значительные сложности. Поэтому интерпретация психических расстройств, продолжающихся после окончания прямого действия алкоголя, часто бывает чрезвычайно противоречивой — от отрицания какой-либо связи имеющихся психических расстройств с алкогольной зависимостью [2] до утверждений, что при алкоголизме обязательно и уже на начальных этапах его формирования отмечаются разнообразные психические расстройства резидуального характера [5, 6].

Сложившаяся на современном этапе разносторонность в подходах к интерпретации развивающихся при алкоголизме континуальных психических нарушений привела к тому, что в МКБ-10 именно этот аспект диагностики алкогольной зависимости оказался весьма обобщенным и малодифференцированным. Традиционно выделяемые варианты психических расстройств, продолжающихся после окончания прямого действия психоактивного вещества (в данном случае — алкоголя), в МКБ-10 предлагается соотносить со следующими достаточно обобщенными рубриками: расстройства личности и поведения (F10.71), остаточное (резидуальное) аффективное расстройство (F10.72), деменция (F10.73), другое стойкое когнитивное нарушение (F10.74), а также другие непсихотические расстройства и расстройства поведения

(F10.82) и неуточненные непсихотические расстройства и расстройства поведения (F10.92). Для понимания чрезвычайной обобщенности выделенных рубрик достаточно сопоставить их с разделами МКБ-10 по верификации психических расстройств при органических поражениях головного мозга (F07) и при расстройствах зрелой личности (F60), где они представлены в значительно более дифференцированном виде.

Таким образом, дифференциация резидуальных психических расстройств с уточнением их систематизации представляется весьма актуальной и мало разработанной задачей.

Материал и методы исследования

Клинико-психопатологическим, клинико-динамическим и экспериментально-психологическим методами были изучены резидуальные психические расстройства у 85 подэкспертных (мужчин) с алкогольной зависимостью, которые находились в связи с привлечением их к уголовной ответственности на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» в период с 2002 по 2006 г. и в отношении инкриминируемого им деяния были признаны виновными, в том числе и с рекомендацией применения ст. 22 УК РФ (38 чел.). Критерием отбора подэкспертных было наличие *синдрома зависимости от алкоголя*, в том числе и сочетанного с иными психическими расстройствами, за исключением шизофрении, МДП, эпилепсии и олигофрении. Возраст обследованных на период настоящего исследования от 18 до 75 лет, средний возраст — 36,43 года.

Для систематизации данных о закономерностях формирования резидуальных психических расстройств при алкогольной зависимости были проанализированы биологические, клинические и средовые факторы, имеющие отношение к их развитию. Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета "Statistika 6.0 rus". Использовались параметрический t-критерий Стьюдента, с предварительной проверкой изучаемых групп на нормальность распределения исследуемого признака, непараметрический критерий Манна—Уитни и угловое преобразование Фишера, коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты исследования

К общим клиническим характеристикам всех обследованных относилась церебрастеническая симптоматика, которая проявлялась эмоционально-волевыми (эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность), психомоторными (астеногипердинамические — 13,46%; астеногиподинамические — 84,51%; снижение физической работоспособности — 98,67%), когнитивными (снижение умственной работоспособности — 79,07%; снижение памяти — 61,65%; трудности сосредоточения — 78,41%) и соматовегетативными (инсомния, головные боли) нарушениями.

Качественные характеристики церебрастенического синдрома коррелировали с основными клинико-биологическими параметрами обследованных лиц. Снижение памяти, астеногиподинамические нарушения, снижение физической работоспособности нарастали по мере увеличения возраста, продолжительности алкогольной болезни и увеличения темпа ее прогрессивности, а также при наличии сочетанной патологии в форме органического поражения головного мозга. Инсомнии, головные боли, снижение умственной работоспособности, трудности сосредоточения, астеногипердинамические проявления, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность коррелировали с более молодым возрастом обследованных, продолжительностью алкоголизма менее 5–8 лет, наличием сочетанной соматической патологии, минимальным когнитивным дефицитом.

В соответствии с МКБ-10 церебрастенический синдром верифицировался по рубрике F06.6 — органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство. Церебрастенический синдром сопровождался разнообразными полиморфными психопатологическими нарушениями, наиболее частыми из которых были эмоциональные расстройства, также выявлявшиеся у всех обследованных лиц. Спектр эмоциональных расстройств был достаточно широк: эксплозивность эмоциональных реакций (35,47%), эмоциональная дефензивность (31,32%), дистимии (26,24%), дисфории (30,77%), субдепрессии (61,9%), депрессии (64,11%), эйфории (23,28%), эмоциональная незрелость (29,69%), примитивность эмоциональных реакций (38,67%).

Эксплозивность эмоциональных проявлений, дисфории, эйфории чаще выявлялись при продолжительности алкогольной болезни более 8–10 лет, наличии сочетанной церебрально-органической патологии, более прогрессивных формах алкоголизма и в возрасте старше 56 лет. Эмоциональная дефензивность, дистимии, субдепрессии коррелировали с возрастом 30–55 лет, среднепрогредиентным течением алкогольной болезни, отсутствием грубой соматической и церебрально-органической патологии. Примитивность эмоциональных реакций, их незрелость коррелировали с возрастом до 25 лет, наличием органической психической патологии, среднепрогредиентными формами алкогольной болезни, наличием выраженного когнитивного дефицита.

Выявленные эмоциональные расстройства в зависимости от их феноменологических особенностей были соотнесены со следующими диагностическими кодами МКБ-10: органическое аффективное расстройство (F06.3); органи-

ческое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6); остаточное (резидуальное) аффективное расстройство (F10.72); органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07.9); расстройство личности и поведения (F10.71); органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями (F07.08); органическое тревожное расстройство (F06.4).

Чаще всего эмоциональные нарушения выявлялись в синдромокомплексе, который соотносился с «органическим эмоционально-лабильным расстройством» (49,71%). Оно проявлялось разнообразными эмоциональными расстройствами в рамках церебрастенической симптоматики (аффективная лабильность, повышенная раздражительность, возбудимость). Верификация по «органическому расстройству личности и поведения» осуществлялась при наличии эмоциональной неустойчивости, аффективной возбудимости с агрессивностью, включением дисфорий, дистимий и эйфорического фона настроения. Эта категория по прежним отечественным классификациям отражала проявления психопатоподобного синдрома.

Расстройства зрелой личности отмечались у 5,15% обследованных. У остальных личностные девиации не укладывались в клиническую картину расстройства зрелой личности (психопатии) и больше были похожи на психопатические поведенческие реакции (преимущественный тип реагирования по В.А. Гурьевой, 1997), которые были гомогенными (34,5%) и гетерогенными (65,5%) преморбидными патохарактерологическими особенностями. Это коррелировало с продолжительностью алкогольной зависимости — по мере ее увеличения (в 86,5% случаев при ее длительности более 5 лет) отмечалась трансформация структуры преморбидной личности с формированием гетерономных патохарактерологических проявлений.

Чаще всего встречался эмоционально-неустойчивый тип личностного реагирования (64,59%), что проявлялось реакциями активного протеста, аффективными разрядами, агрессивными действиями, конфликтностью, нежеланием себя сдерживать, гневливостью. Неустойчивый тип наблюдался достоверно реже (15,98%), проявлялся отсутствием волевых задержек в поведении, зависимостью от сиюминутных желаний, повышенной подчиняемостью, отсутствием интереса к труду и учебе, к любой социальной деятельности. Все остальные типы личностного реагирования встречались в единичных случаях: ананкастный (психастенический) — 4,96%; истерический — 7,99%; шизоидный — 2,13%; смешанный — 4,86%.

Не менее полиморфными оказались и нарушения поведения, выявленные у 80,41% обследованных: конфликтность (79,27%), хулиганские поступки (63,23%), вызывающее (41,19%) и провокационное (29,65%) поведение, игнорирование социальных норм (78,97%), агрессивные (43,16%) и жестокие (60,53%) действия, гедония (32,54%), стремление к новым впечатлениям (41,19%), табакокурение (93,62%), воровство (38,84%), азартные игры (24,53%).

Характер поведенческих расстройств соотносился с преимущественным типом личностного реагирования, однако помимо этого поведенческие расстройства соотносились со средовыми факторами микросоциума.

При взрывном типе реагирования часто отмечались конфликтность, совершение хулиганских поступков, вызывающее и провокационное поведение, откровенное игнорирование социально-ограничительных требований и общепринятых норм, агрессивные и жестокие действия.

При психической неустойчивости поведение менялось в зависимости от внешних обстоятельств. Оно характеризовалось повышенной внушаемостью, преобладанием повышенного фона настроения, стремлением к получению примитивных удовольствий (гедонии) и новых впечатлений, разнообразными аддиктивными формами поведения (табак, воровство, азартные игры и т.д.).

Когнитивные нарушения наблюдались у 82,46% обследованных и проявлялись замедленным (21,27%), нецеленаправленным (7,89%) или конкретно-описательным (46,81%) типом мышления, персеверациями (2,1%), обстоятельностью (31,84%) и малопродуктивностью (7,89%) мышления, его торпидностью (18,42%).

У большинства обследованных отмечалось парциальное снижение интеллекта (46,39%), что проявлялось, в первую очередь, замедлением темпа психомоторных реакций, нарушением функции внимания, повышенной истощаемостью, низкой работоспособностью, неустойчивостью внимания, неравномерностью в выполнении экспериментальных заданий. Выраженность когнитивных нарушений коррелировала с наличием церебрально-органической патологии и ее выраженностью, прогрессивностью алкоголизма, возрастом.

Наряду с патологическим влечением к алкоголю у 59,79% обследованных отмечена разнообразная патология в сфере влечений: булимия (43,8%), сенсорная жажда (34,21%), снижение инстинкта самосохранения (76,32%), аутоагрессия (42,11%), суицидальные (18,42%) и агрессивно-садистические (65,96%) тенденции, снижение (55,26%) и извращение (13,16%) полового влечения. Нарушения в сфере влечений коррелировали с наличием и степенью выраженности органического поражения головного мозга, эмоционально-неустойчивым и неустойчивым типом преморбидной личности.

Если в 1–2-й стадиях алкоголизма в большей степени можно говорить об алкогольной деформации личности — обратимые изменения [7, 9], то для 3-й стадии хронического алкоголизма была характерна социальная и психическая деградация личности — необратимые изменения. Наиболее существенным признаком социальной деградации личности являлось снижение, а в дальнейшем и утрата профессиональных знаний и навыков, несоблюдение установленного порядка работы, трудовой дисциплины, частая смена места работы, профессиональное снижение, занятость преимущественно на малоквалифицированной и случайной работе, паразитический образ жизни. Отмечались специфические для алкогольной болезни изменения личности: утрата морально-этических норм поведения, проявляющаяся в лживости, хвастливости, болтливости, переоценке своих возможностей, полной утрате критического отношения к пьянству и своему состоянию в сочетании с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, недержанием аффектов, гневливостью с элементами агрессивности (в том числе вне опьянения), быстрым переходом от эйфоричности к суб-

депрессивным состояниям, а также интеллектуально-мнестическое снижение, проявляющееся ухудшением памяти и внимания, апатичностью, утомляемостью, эмоциональной тупостью.

Заключение

Резидуальные психические расстройства при алкогольной зависимости являются следствием многих и разнообразных причин. Это не только хроническая алкогольная интоксикация и связанный с ней патокинез алкогольной болезни, но и многообразные биологические факторы, экзогенно-органические стигмы, особенности преморбидной структуры личности, наличие коморбидной психической и соматоневрологической патологии и ее характер, возраст больного. Все эти этиологические и патогенетические факторы находятся в многомерном взаимодействии, принимая различное участие в формировании резидуальных психических нарушений, при этом часто оказывая не только взаимно потенцирующие (патологический синергизм), но и взаимоподавляющие эффекты (патологический антагонизм). Предлагаемые МКБ-10 в соответствующей рубрике (F10.7) диагностические формулы не отражают всего феноменологического полиморфизма резидуальных психических расстройств. Дифференцированная типологическая верификация резидуальных психических расстройств при алкогольной зависимости возможна только с привлечением рубрик из разделов «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F0) и «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60):

1) церебралитический и астенический синдромы — органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6); органическое тревожное расстройство (F06.4);

2) эмоционально-волевые и личностные расстройства, поведенческие нарушения — эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F60.311); диссоциальное расстройство личности (F60.2); истерическое расстройство личности (F60.4); смешанное расстройство личности (F61.0); расстройство личности и поведения (F10.71); органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями (F07.08);

3) аффективные расстройства — другие уточненные расстройства настроения (аффективные расстройства) (F38.8); органические расстройства настроения (аффективные) (F06.3); остаточное (резидуальное) аффективное расстройство (F10.72);

4) когнитивные расстройства и интеллектуально-мнестическое снижение — легкое когнитивное расстройство (F06.7); другое стойкое когнитивное нарушение (F10.74); органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, неуточненное (F07.9);

5) синдром расстройства влечений (в том числе и к алкоголю) — синдром зависимости от алкоголя, 2 ст. (F10.212); синдром зависимости от алкоголя, 3 ст. (F10.213); расстройства сексуального предпочтения (F65); расстройства привычек и влечений (F63); расстройства приема пищи (F50);

6) слабоумие — деменция в связи со смешанными заболеваниями (F02.828); деменция (F10.73);

7) инсомнии — расстройства сна неорганической этиологии (F51).

С общеклинических позиций это допустимо, поскольку психические и поведенческие расстройства вследствие алкогольной зависимости имеют полиэтиологический характер и их дифференциация по принципу монокаузальности часто бывает невозможной, а если и осуществляется, то весьма условно и с определенной долей допустимости.

Список литературы

1. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. — М.: Изд. МГУ, 1988. — 96 с.
2. Гофман А.Г., Крылов Е.Н., Магалиф А.Ю. К вопросу о злокачественности раннего алкоголизма // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. Ч. 2. — М., 1989. — С. 297—299.
3. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2002. — 192 с.
4. Клименко Т.В. с соавторами Пограничные психические расстройства, осложненные зависимостью от психоактивных веществ, в общей и судебно-психиатрической практике: Пособие для врачей. — М., 2002. — 54 с.
5. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. 2-е изд-е. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
6. Портнов А.А., Ракитин М.М. Психопатии и алкоголизм // Алкоголизм. — М., 1988. — С. 3—6.
7. Соловьева В.М. Алкогольная деформация личности // Проблемы наркологии-89: Сборник научных трудов (республиканский) Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1989. — С. 124—127.
8. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 167 с.
9. Faust C. Die psychischen Strungen nach Kirntraumen. Forschung u praxis, Bd 2, Klinische Psychiatrie. — Berlin, 1980. — 552 p.
10. Kaplan I.Y., Kozlov A.A. Somatic and neurological complications in drug addicts // J. European psychiatry. — Oct. — 2000. — Vol. 15. — Suppl. 2. — P. 436 s.