

Особенности течения хронического алкоголизма в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством у больных с различным конституциональным типом личности в преморбиде

ЦЫГАНКОВ Б.Д.

д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ, Наркологическая клиническая больница №17, Москва

ЯКОВЛЕВА П.А.

аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ, Наркологическая клиническая больница №17, Москва

КОНИЩЕВ А.С.

аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ, специализированная клиническая больница №8 им. З.П. Соловьева «Клиника неврозов», Москва

У 70 мужчин с хроническим алкоголизмом, развившимся вследствие перенесенного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), исследованы особенности течения алкогольной болезни в зависимости от конституционального типа личности в преморбиде. Возраст обследованных составил от 20 до 60 лет, в среднем $42,9 \pm 6,6$ года. Проанализированы больные с чертами характера синтонного, астенического, истерического, стенического, возбудимого и неустойчивого круга. Показано, что клиническая картина алкогольного опьянения, абстинентного синдрома, патологического влечения к алкоголю, а также форма злоупотребления алкоголем, темп прогрессирования болезни и тип деградации личности зависят от конституциональных особенностей.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, алкоголизм, преморбидные особенности, тип личности

Введение

В настоящее время считается, что возникновение и тяжесть алкогольной болезни определяются генетической предрасположенностью и влиянием социальных факторов [1, 2, 5]. Отечественными исследователями было показано, что клиника и динамика наркологических заболеваний, скорость формирования и тяжесть дефицитарных расстройств в их исходах зависят и от преморбидных конституциональных особенностей личности [4]. Было показано, что алкоголизм более благоприятно протекает у больных со стеническими чертами характера в преморбидном периоде, гораздо более злокачественно протекает алкоголизм у больных с истеро-возбудимыми чертами характера, промежуточное положение занимают больные с астеническими чертами [3, 6]. Кроме того, алкоголизм часто развивается вторично, на фоне уже сформировавшейся патологии, такой, как ПТСР, которое представляет собой комплекс психических и физиологических реакций на эмоциональный стресс и может приобретать хроническое течение, приводя к стойким расстройствам пограничного круга. Распространенность ПТСР у переживших экстремальные события колеблется от 3,6 до 75% [9]. В нашей стране уровень этой патологии составляет среди вете-

ранов Афганской и Чеченской войн 27,6—35,1% [8], беженцев из «горячих точек» — 2,1% [7].

Возникновение ПТСР, степень его выраженности, особенности течения и симптоматика зависят не только от характера и длительности психической травмы, но и типа реагирования человека на нее, его конституциональных особенностей.

Цель данного исследования заключалась в изучении особенностей течения алкоголизма, развившегося на фоне ПТСР у больных с разным конституциональным типом личности.

Пациенты и методы исследования

Было обследовано 70 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу алкогольной зависимости в НКБ №17 и имеющих в анамнезе перенесенное ПТСР. Причинами ПТСР являлись: потеря близкого человека, участие в военных действиях, насилие, переселение, производственные и семейные конфликты. Контрольную группу составили 50 пациентов с хроническим алкоголизмом, без признаков ПТСР, сопоставимых по возрасту и стадиям алкоголизма с основной группой.

У всех больных оценивали общее состояние, стадию алкоголизма, психический статус. При квалификации преморбидных личностных особенностей использова-

лись классификации П.Б. Ганнушкина (1933 г.), О.В. Кербинова (1971 г.), А.Е. Личко (1977), К. Леонгарда (1981 г.). Для определения общего уровня субъективного дистресса применялась шкала для диагностики ПТСР, разработанная М. Horowitz (1978 г.) и дополненная Weiss (1996 г.), которая была адаптирована в лаборатории психологии ПТСР Института психологии РАН. Клиническая оценка симптомов хронического алкоголизма проводилась с помощью Глоссария для квантифицированной оценки основных проявлений алкоголизма, разработанного А.Г. Гофманом с соавторами (1991 г.) и МКБ-10. Для оценки эмоционального состояния применялись: шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и тревоги (HARS), личностная шкала проявления тревоги Дж Тейлора.

На основе клинико-анамнестических данных составлялась индивидуальная карта обследования больного. Карта включала в себя сведения о наследственной отягощенности, психотравмирующих факторах и ситуациях, мотивации начала употребления и злоупотребления спиртным, клинических особенностях алкоголизма, преморбидных особенностях личности больного.

Всем больным проводилась комплексная терапия, включавшая в себя медикаментозные средства и психотерапию. Лечение включало в себя купирование алкогольного абстинентного синдрома, коррекцию соматических и вегетативных нарушений, борьбу с патологическим влечением к алкоголю, затем — проведение мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов.

Статистическая обработка результатов проводилась методами описательной статистики, а также сравнительного параметрического и непараметрического анализа. Полученные результаты представлены в виде средних величин и стандартных отклонений.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика больных

Средний возраст обследованных мужчин составил $42,9 \pm 6,6$ года. Распределение пациентов в зависимости от стадии алкоголизма было следующим. У трех больных (4,3%) была диагностирована I стадия алкоголизма, у 14 (20%) — II стадия, у 15 (21,4%) — II—III стадия. У большей части больных — 38 чел. (54,3%) — диагностирована III стадия алкоголизма. Средний возраст начала злоупотребления алкоголем в исследуемой группе составил 33 ± 9 лет. Период от воздействия психотравмирующего фактора до начала злоупотребления алкоголем (по данным анамнеза) был различным — от 2 до 15 лет.

Анализ преморбидных особенностей больных позволил выделить следующие варианты: лица с черта-

ми характера астенического круга — 19 чел. (27,1%), неустойчивого — 14 чел. (20,0%), истерического — 14 чел. (20%), синтонного — 9 чел. (12,9%), стенического — 7 чел. (10,0%), возбудимого круга — 7 чел. (10,0%).

Особенности течения алкоголизма у больных с ПТСР

У больных с вторичным алкоголизмом, развившимся на фоне ПТСР, симптоматика патологического влечения к алкоголю, алкогольного абстинентного синдрома (ААС) отличалась преобладанием аффективных расстройств. Психопатологический вариант ААС зафиксирован у 91% больных (в контрольной группе — у 44%). Для больных вторичным алкоголизмом было характерно более быстрое формирование ААС — через $4,0 \pm 2,1$ года после начала заболевания (в группе контроля — через $8,2 \pm 2,8$ года). Таким образом, преобладало высокопрогредиентное течение алкоголизма: у 36 больных (55%) ААС формировался через 1—3 года после начала заболевания (в контрольной группе — у 10%). Средняя прогредиентность (формирование ААС через 4—6 лет) наблюдалась у 24 больных (36%), тогда как в группе контроля — у 56%, низкая прогредиентность (срок формирования ААС свыше 6 лет) — у 9% (6 чел.) и у 34% больных соответственно.

Психопатологические расстройства выражались в виде расстройств сна с кошмарными сновидениями, частыми пробуждениями, аффектами страха, затрудненным засыпанием; тревожно-параноидной установкой; суицидальной настроенности с чувством безысходности, подавленностью, которая могла сопровождаться идеями виновности, неприязнью к окружающим, тоской, раздражительностью.

Кроме того, уже с первой стадии появлялось сильное влечение к алкоголю. Максимальная его выраженность на I стадии алкоголизма наблюдалась у 12 пациентов (17%), а в контрольной группе — у шести (12%). Данное явление объясняется тем, что больные быстро начинали ценить состояние психофизического комфорта в опьянении. Так же рано появлялись картины измененного алкогольного опьянения с амнестическими расстройствами: в среднем через $3,1 \pm 1,2$ года после начала злоупотребления алкоголем, в контрольной группе — в среднем через $6,3 \pm 1,3$ года ($p < 0,05$). В клинической картине опьянения у 60 больных (86%) отсутствовала эйфория. Наблюдался интенсивный рост толерантности к алкоголю: толерантность увеличивалась в среднем в 5 раз и достигала «плато» через $6,6 \pm 2,4$ года после начала заболевания (в контрольной группе — в 4,7 раза, но достигала «плато» медленнее, через $13,5 \pm 3,6$ года).

Особенности течения алкоголизма**у больных с ПТСР****с различными преморбидными чертами личности**

Картина алкогольного опьянения на I, I—II и в начале II стадии заболевания определялась заострением преморбидных черт, а при прогрессировании заболевания (на II—III и, особенно, на III стадиях алкоголизма) характерологические особенности больных уже существенным образом влияли на его клиническую картину. У лиц синтонного круга измененные картины алкогольного опьянения появлялись позже, на развернутой II, II—III и III стадиях заболевания. У больных стенического круга, наоборот, отмечалось раннее появление измененных картин опьянения (уже на I стадии алкоголизма). В картине измененного опьянения у них, а также у лиц с неустойчивыми и, особенно, с истерическими и возбудимыми чертами преобладали эксплозивные реакции. У астеников с начала II стадии алкоголизма формировалась измененная картина опьянения, в клинической структуре которой превалировали расстройства астенодепрессивного и депрессивно-ипохондрического характера.

При анализе особенностей патологического влечения к алкоголю (ПВА), наоборот, на начальных стадиях конституциональные особенности личности влияли на симптоматику ПВА, а на III стадии картина была более однородной. Наиболее интенсивный характер ПВА отмечался у больных с неустойчивыми, синтонными, истерическими и возбудимыми характерологическими особенностями в преморбиде и в гораздо меньшей степени — у больных с астеническими и стеническими чертами, в особенности при соответствующей акцентуации.

Выделяли постоянную и периодическую форму злоупотребления алкоголем. Среди астеников преобладала постоянная форма — у 10 чел. из 14 (71%). У остальных типов личности преимущественно встречалась периодическая форма, в виде истинных запоев: у 83% больных неустойчивого круга, 80% истерического круга, 67% синтонного и стенического круга и 80% возбудимого круга. Особенно это было выражено на II—III стадиях болезни.

При исследовании клинической картины абстинентного синдрома было показано, что у больных со стеническими, неустойчивыми и, особенно, с истерическими и возбудимыми чертами характера психопатологический компонент ААС выражался в виде раннего появления и преобладания дисфории. У астеников отмечался тревожно-депрессивный фон настроения со склонностью к ипохондрической фиксации внимания на тягостных, неприятных ощущениях со стороны внутренних органов. Следует отметить, что наличие ипохондрического характера в виде кардиофобии, канцерофобии, танатофобии и лиссофобии расценивалось как благоприятный признак, поскольку

ку такие больные могли из-за сильного страха за свою жизнь перестать употреблять спиртное, что приводило к спонтанной ремиссии алкоголизма. Неустойчивые и возбудимые типы выделялись непредсказуемостью поведения, агрессивными действиями по отношению к окружающим, тревогой за свою жизнь, недоверчивостью к людям. У больных истерического типа, как и у астеников, часто отмечалась фиксация на множестве соматических симптомов, часто логически не связанных между собой, однако эти жалобы не сопровождались чувством страха, а скорее, были следствием сильного стремления привлечь внимание к личности больного. В процессе лечения эти жалобы исчезали быстрее, чем у астеников. У больных синтонного круга ААС формировался несколько позднее, его клинические проявления не отличались такой интенсивностью, а в его структуре равномерно сочетались соматовегетативные, неврологические и психопатологические компоненты.

Изменения личности**при алкоголизме в сочетании с ПТСР****у лиц с разными преморбидными чертами**

На начальных стадиях алкоголизма изменения личности ограничивались заострением характерологических особенностей. На II—III и, особенно, на III стадии заболевания происходила уже отчетливая деградация личности. У больных с ПТСР были более выражены аффективные нарушения, но меньше выражено эмоциональное огрубление. У всех больных с II, II—III, III стадиями алкоголизма отмечались стойкие эксплозивные явления, у 86% — частые агрессивные поступки к окружающим, у 53% — дисфория. Также отмечались слезливость (33%), истерические реакции (39%), депрессия (73%), ипохондрия (29%), неустойчивость настроения (75%) и вялость, апатия (27%). Эйфория и «алкогольный юмор», свойственные общей популяции больных алкоголизмом, отмечались только у 13% больных.

Полученные результаты показывают, что аффективные расстройства проявляются преимущественно по эксплозивному типу с дисфорической окраской настроения. Благодушие и эйфоричный оттенок отмечались только у лиц синтонного типа, при этом одновременно наблюдалась ранимость, склонность болезненно реагировать на замечания, напоминания о психотравмирующих переживаниях. У них быстро и часто менялось настроение: от эйфории до вспышек обиды, злобы. У лиц астенического круга преобладала деградация личности по типу аспонтанности. У лиц со стеническими, неустойчивыми, истерическими и возбудимыми чертами характера отмечались различные аффективные и психопатоподобные нарушения с мо-заичной симптоматикой.

Выводы

Алкоголизм у больных с ПТСР характеризовался более тяжелым течением с преобладанием в клинической картине психопатологических нарушений, быстрым ростом толерантности, ранним появлением измененных картин опьянения.

Клиническая картина алкоголизма в сочетании с ПТСР, особенно психопатологические нарушения в рамках опьянения, абстинентного синдрома, патологического влечения к алкоголю, а также форма злоупотребления алкоголем и темп прогрессирования болезни имеют особенности, в зависимости от конституциональных особенностей больного.

При алкогольной деградации личности у больных с ПТСР преобладают аффективные расстройства по эксплозивному типу с дисфорической окраской настроения, а эмоциональное огрубление выражено меньше. Тип деградации зависит от преморбидных черт личности пациента.

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1995. — №2. — С. 65—69.
2. Гончаров М.В. Популяционно-генетический подход к проблемам распространенности наркологических заболеваний // Вопр. наркологии. — 1994. — №1. — С. 88—93.
3. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм. — М.: Наука, 1988. — 176 с.
4. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М., 1996.
5. Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — Т. 3, №3.
6. Меньшикова Е.С., Ямпольский Я.Т. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. — М., 2006. — 348 с.
7. Цыганков Б.Д., Былим А.И. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: Руководство для врачей. — Кисловодск: Инсайд, 1998. — 138 с.
8. Цыганков Б.Д., Григорьев М.Е. Особенности динамики формирования психических нарушений у ветеранов войн // Вісник психіатрії і психофармакотерапії (Україна). — 2005. — №1. — С. 7.
9. Davidson J.R.T. The epidemiology of PTSD // Davidson J.R.T., Fairbank J.A. Post-traumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. — Washington, 1993. — P. 147—172.

CLINICAL FEATURES OF ALCOHOLISM AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH DIFFERENT PERSONAL CHARACTERISTICS

TSYGANKOV B.D., YAKOVLEVA P.A., KONISHEV A.S.

Clinical features of chronic alcoholism were examined in 70 men with posttraumatic stress disorder (PTSD) and different personal types before disease. The average age of patients was 42.9 ± 6.6 years (20 to 60). Patients with syntonetic, asthenic, hysteroid, sthenic, excitable and unstable features were studied. It was established that symptoms of alcohol intoxication, abstinent syndrome, alcohol desire, form of alcohol abuse, rate of progression and personal degradation symptoms are dependent of personal type.

Key words: post-traumatic stress disorder, alcoholism, premorbidity, personal peculiarities