

Клинические особенности течения алкогольной зависимости у больных с личностными чертами тормозимого круга

ЦЫГАНКОВ Б.Д. д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета.
e-mail: boristsygankov@yahoo.com

ДЖАНГИЛЬДИН Ю.Т. д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета;
тел. 8(495) 236 0594, e-mail: cerebra@inbox.ru

ГОЛУБЕВ Д.А. врач-психотерапевт, наркологическая клиническая больница №17, Москва

Описан ряд особенностей формирования и течения алкогольной зависимости в группе больных с личностными чертами тормозимого круга, подробно рассмотрен характер патологического влечения к алкоголю, психопатологическая симптоматика в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Выявленные особенности необходимо учитывать при выборе тактики лечения больных алкоголизмом с преморбидными личностными чертами тормозимого круга.

Ключевые слова: алкоголизм, тормозимый тип личности, патологическое влечение к алкоголю

Введение

Современное подавление патологического влечения к алкоголю (ПВА), учитывающее патогенетические механизмы формирования зависимости, способствует повышению эффективности лечения и профилактики рецидивов [4]. В последнее время в литературе широко обсуждается необходимость изучения клинических проявлений алкогольной зависимости, коррелирующих с особенностями личности больных [3, 9]. Во многом это связано с тем, что одним из важнейших компонентов современного комплексного лечения алкоголизма является психотерапия [10], эффективность которой тесно связана с индивидуальным подходом к пациенту, учитывающим преморбидные индивидуально-типологические особенности и их динамику в процессе болезни [1]. Показано, что преморбидно условно-гармоничные личности обладают большими ресурсами для адекватного ответа на психотерапию, сохранения и восстановления конструктивных способов взаимодействия, целенаправленной активности ввиду более реалистичного самоотношения, наличия базового доверия и доброжелательного отношения к окружающим, сформированных социальных установок [5]. Однако большинство отечественных и зарубежных исследований посвящено коморбидности алкоголизма и личностных расстройств. При этом клинико-психопатологическая структура алкогольной зависимости при различных личностных особенностях уровня акцентуаций описана недостаточно, в результате чего отсутствует дифференцированный психотерапевтический подход в комплексном лече-

нии больных алкоголизмом, учитывающий психологические и типологические характеристики этих больных. В частности, не изучены клинические особенности ПВА у лиц с личностными чертами тормозимого круга в преморбиде, что обуславливает актуальность такого рода исследований.

Целью настоящего исследования было изучение клинических особенностей и закономерностей течения алкогольной зависимости у больных с личностными чертами тормозимого круга.

Пациенты и методы

Объектом исследования были 130 пациентов с алкогольной зависимостью, 106 мужчин (81,5%) и 24 женщины (18,5%). Все пациенты были разделены на две группы — основную и контрольную. В основную группу вошло 65 пациентов с индивидуально-личностными чертами тормозимого круга, для сравнения были взяты подгруппа больных с преобладающим личностным радикалом возбуждаемого круга (группа А, 35 чел.) и подгруппа пациентов без определённых личностных акцентуаций (группа Б, 30 чел.). Критериями включения пациентов в исследование служили возраст 18—60 лет и наличие алкогольной зависимости 1—2-й стадии. Для клинической квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификации О.В. Кербикова [6], А.Е. Личко [8], К. Леонгарда [7]. Был проведен сравнительный анализ клинических особенностей и закономерностей течения алкогольной зависимости, а также психологических характеристик больных алкоголизмом в выделенных группах.

В работе применялись следующие методы исследования:

- клиничко-анамнестический с оценкой симптомов и синдромов в различные периоды заболевания, источником анамнестических сведений служили беседа с пациентами, данные медицинской документации, а также интервью с родственниками больных;
- экспериментально-психологический с применением опросника ПВА Чередниченко—Альтшулера [11];
- клиничко-психопатологический, включающий в себя сбор диагностической информации и оценку клинических данных с итоговой постановкой синдромального и нозологического диагноза.

Полученные данные обрабатывались статистически с применением методов математического анализа. Для внутригруппового и межгруппового сравнения параметров, учитывая численную разницу выборок, использовался непараметрический U-критерий Ман-

на—Уитни. Количественные показатели в случае нормального распределения сравнивались при помощи t-критерия Стьюдента. Достоверность распределения отдельных признаков оценивалось с помощью теста Колмогорова—Смирнова. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При поступлении пациентов в стационар проводился анализ клинических особенностей и закономерностей течения алкогольной зависимости в группах сравнения. В табл. 1 представлены основные клинико-динамические характеристики алкоголизма.

Данные таблицы свидетельствуют, что от четверти до трети пациентов во всех группах исследования составляли больные с 1-й стадией алкогольной зависимости, у остальных отмечалась 2-я стадия алкоголизма,

Таблица 1

Основные клинико-динамические характеристики алкоголизма в группах сравнения

Показатель	Основная группа, 65 чел.	Группы сравнения		Значимость различий	
		Группа А, 35 чел.	Группа Б, 30 чел.	Основная группа vs А	Основная группа vs Б
Стадия алкоголизма, %					
1	30,77	25,71	33,33	$p > 0,05$	$p > 0,05$
2	69,33	74,29	66,67	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Давность заболевания, лет	$8,3 \pm 0,9$	$8,7 \pm 1,1$	$8,4 \pm 0,7$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Алкоголизация в возрасте младше 15 лет, %	61,54	71,43	56,67	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Средний возраст начала системати- ческого употребления алкоголя, лет	$26,2 \pm 2,9$	$24,9 \pm 2,0$	$27,0 \pm 2,6$	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Срок утраты контроля, лет	$3,8 \pm 0,3$	$3,3 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,6$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Срок утраты рвотного рефлекса, лет	$4,3 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,6$	$4,8 \pm 0,5$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Срок формирования ААС, лет	$6,9 \pm 1,2$	$6,4 \pm 0,9$	$7,5 \pm 1,4$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Психопатологическая симптоматика ААС, %	46,15	22,86	23,33	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Висцеральный вариант ААС, %	6,15	11,43	6,67	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Церебральный вариант ААС, %	3,08	20,00	3,33	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Периодическая форма злоупотребления алкоголем, %	63,08	48,57	70,0	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Постоянная форма злоупотребления алкоголем, %	36,92	51,43	30,0	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Амнезии периода опьянения, %	87,69	91,63	90,0	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Патологическое опьянение, %	24,62	37,14	23,22	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Алкогольные психозы, %	4,62	5,71	0,0	$p > 0,05$	$p > 0,05$

давность заболевания во всех группах составляла в среднем 8—9 лет; по этим показателям группы были статистически сопоставимы. Около 60% больных с тормозимыми чертами личности и без выраженных личностных акцентуаций начинали алкоголизироваться в возрасте младше 15 лет, в группе пациентов с возбуждаемыми акцентуациями этот показатель составил 71,4%. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя в основной группе был сопоставим с таковым в группе Б (в среднем $26,2 \pm 2,9$ и $27,0 \pm 2,6$ года соответственно, $p > 0,05$) и оказался значимо выше по сравнению с группой А (в среднем $26,2 \pm 2,9$ и $24,9 \pm 2,0$ лет соответственно, $p < 0,05$). Сроки формирования основных признаков алкогольной зависимости (утрата ситуационного и количественного контроля, рвотного рефлекса, развитие абстиненции) в основной группе были значимо короче, чем в группе Б, однако превышали таковые в группе А, что указывает на значимость личностных отклонений для формирования степени прогрессивности алкоголизма. Статистически значимых различий в форме течения алкоголизма выявлено не было, однако наблюдалась выраженная тенденция к преобладанию постоянного злоупотребления в группе пациентов с личностными чертами возбудимого круга.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) в основной группе характеризовался значимо большей, чем в группах сравнения, выраженностью психопатологической симптоматики, наблюдавшейся у 46,15% больных. Наблюдались аффективные нарушения, тревога, чувство страха, подавленность, нестойкие идеи отношения и самообвинения, ипохондрическая фиксация, инсомнические нарушения, гипнагогические галлюцинации и просночные состояния с дереализационными проявлениями и временной дезориентировкой в окружающем, иллюзорные слуховые и зрительные обманы. Церебральный вариант ААС [2] значимо чаще наблюдался в группе А и включал в себя такую симптоматику, как сильные головные боли с тошнотой, головокруже-

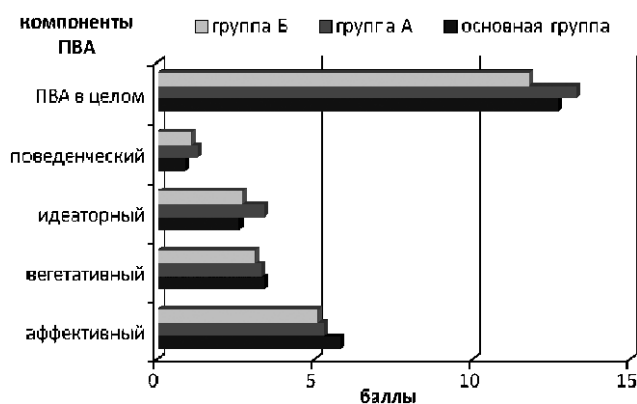
ния, гипераккузию, миоклонии, обморочные состояния; в основной группе эти проявления встречались лишь в 3% случаев ($p < 0,05$). Частота висцеральных проявлений с болями в животе, тошнотой, рвотой, метеоризмом, жидким стулом, сердечной аритмией, одышкой была сопоставима во всех группах сравнения и не превышала 6—12%. Нейровегетативные симптомы в виде нарушения сна и аппетита, астении, вялости, потливости, отёчности лица, жажды, сухости во рту, колебания артериального давления (АД), тахикардии, тремора пальцев рук отмечались у всех обследованных. В целом, тяжесть ААС в основной группе определялась аффективно-идеаторными расстройствами, тесно сцепленными со структурой личности, в группе А — аффективными, преимущественно дисфорическими, церебральными и поведенческими нарушениями, в группе Б — аффективными и вегетативными симптомами.

Изменённый характер алкогольного опьянения чаще наблюдался в группе А (37,1%); доля амнезий периода алкогольного опьянения во всех группах составила около 90%; алкогольные психозы в анамнезе не отмечались у пациентов группы Б, а в основной группе и группе А наблюдались у трёх и у двух больных соответственно, однако описанные различия не носили статистически достоверный характер.

Стержневым компонентом алкогольной зависимости, основным фактором срыва терапевтической ремиссии и алкогольных эксцессов во время лечения, а также важнейшей мишенью противоаддиктивной терапии является синдром ПВА. Методами клинического наблюдения и количественной оценки структуры и динамики ПВА, по глоссарию Н.В. Чердниченко и В.Б. Альтшулера (1992 г.), был проведён сравнительный анализ синдрома патологического влечения в исследуемых группах.

Для пациентов с тормозимыми чертами личности в преморбиде была характерна преимущественно локализованная форма влечения (67,7%, значимо чаще, чем в других группах, при $p < 0,05$), для которой свойственно внутреннее противопоставление влечения личности больного. Тяга к алкоголю была осознанной, воспринимаемая пациентом как нечто чуждое, болезненное, «как будто ко мне что-то присосалось», отмечалась борьба мотивов, больные были внутренне напряжены, искали помощи, просили врачей «избавить от болезни». У ряда больных наблюдались навязчивые мысли, сомнения, переживания, воспоминания, связанные с алкогольной тематикой.

У остальных обследованных отмечалась генерализованная (тотальная) форма ПВА, при которой влечение к алкоголю имело выраженную эмоциональную окраску и занимало прочное место в системе ценностей больного, определяя его мысли, поведение, социальные взаимоотношения и т.п. Критика к болезни была нару-



Выраженность патологического влечения к алкоголю и его компонентов в группах сравнения

шена даже при сохранности уровня интеллекта в других сферах, пациенты демонстрировали однобокость и противоречивость суждений, игнорирование либо отрицание очевидных фактов и последствий злоупотребления спиртным, невосприимчивость к логическим доводам. В их поведении отмечались конфликтность, нежелание лечиться, неприятие стационарного режима и правил.

Выраженность ПВА и его отдельных компонентов по бальной системе, Н.В. Чередниченко и В.Б. Альтшулера, представлена на рисунке и в табл. 2.

Снижение настроения в рамках аффективного компонента ПВА наблюдалось у большинства больных из всех групп сравнения, однако было более статистически значимо выражено в основной группе, сопровождаемая несвойственными типичной депрессии экстрапунитивными тенденциями с направленностью вектора вины вовне, а не на себя, что указывало на алкогольный генез субдепрессии. Чаще встречались в основной группе и другие астено-депрессивные проявления, такие, как повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, слезливость ($1,3 \pm 0,37$ балла). Тревога в рамках ПВА с неусидчивостью, нервозностью, беспокойством, внутренней дрожью была также более выражена у пациентов основной группы ($1,9 \pm 0,3$ бал-

ла, $p < 0,05$). В целом, расстройство аффекта было преобладающим компонентом ПВА в основной группе, с субдепрессией в качестве ведущего симптома.

Основным проявлением идеаторных нарушений в рамках ПВА в основной группе были постоянные размышления о спиртном с неадекватной состоянию убежденностью в возможности контролируемого приёма алкоголя в будущем или, напротив, отрицанием желаний употребить алкоголь, сомнениями, колебаниями (симптоматика, отражающая отношение к алкоголю — $1,72 \pm 0,27$ балла).

Поведенческий компонент ПВА в основной группе был наименее выражен ($p < 0,05$), попыток употребить спиртное в отделении не отмечалось, конфликтность и негативное отношение к лечению наблюдалось лишь в 10—12% случаев, в то время как в группе пациентов с возбудимыми личностными чертами более 50% больных проявляли недовольство режимом отделения и допускали его нарушения (попытки употребить алкоголь, отсутствие комплаенса), настаивали на выписке, вступали в конфронтацию с родственниками и медперсоналом.

Вегетативный компонент ПВА в основной группе включал весь спектр расстройств: нарушения сна, аппети-

Таблица 2

Выраженность патологического влечения к алкоголю и его компонентов в группах сравнения

Компоненты ПВА и их составляющие		Величины компонентов ПВА, баллы ($M \pm m$)				Значимость различий			
		Основная группа, 65 чел.		Группы сравнения					
				Группа А, 35 чел.	Группа Б, 30 чел.	Основная группа vs А	Основная группа vs Б		
Аффективный	Субдепрессия	1,80	\pm 0,50	1,41	\pm 0,17	1,55	\pm 0,20	$p < 0,05$	$p < 0,05$
	Тревога	1,90	\pm 0,3	1,62	\pm 0,20	1,74	\pm 0,25	$p < 0,05$	$p < 0,05$
	Эмоциональная лабильность	1,30	\pm 0,37	0,94	\pm 0,16	1,09	\pm 0,20	$p < 0,05$	$p < 0,05$
	Дисфория	0,80	\pm 0,13	1,34	\pm 0,23	1,07	\pm 0,23	$p < 0,05$	$p < 0,05$
	В целом	5,80	\pm 0,40	5,31	\pm 0,20	5,07	\pm 0,58	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Вегетативный	Сновидения	1,19	\pm 0,15	1,23	\pm 0,30	1,14	\pm 0,25	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	Мимические реакции	1,02	\pm 0,10	1,14	\pm 0,23	0,98	\pm 0,16	$p < 0,05$	$p > 0,05$
	Изменение аппетита	1,17	\pm 0,22	0,90	\pm 0,20	0,92	\pm 0,24	$p < 0,05$	$p < 0,05$
	В целом	3,38	\pm 0,19	3,27	\pm 0,25	3,12	\pm 0,32	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Идеаторный	Отношение к алкоголю	1,72	\pm 0,27	1,75	\pm 0,30	1,66	\pm 0,21	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	Отношение к лечению	0,88	\pm 0,20	1,65	\pm 0,44	1,00	\pm 0,27	$p < 0,05$	$p < 0,05$
	В целом	2,60	\pm 0,25	3,40	\pm 0,40	2,66	\pm 0,23	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Поведенческий	0,92	\pm 0,20	1,34	\pm 0,42	1,12	\pm 0,23	$p < 0,05$	$p < 0,05$	
ПВА в целом	12,70	\pm 1,33	13,32	\pm 1,65	11,75	\pm 1,56	$p < 0,05$	$p < 0,05$	

та, головокружения, тахикардия, колебания АД, одышка, вегетомимические реакции с гипергидрозом и гиперсаливацией при разговорах на темы, связанные со спиртным; и, в целом, был более выражен, чем в группах сравнения ($3,38 \pm 0,19$ балла, $p < 0,05$). Чаще, чем в других группах ($p < 0,05$), отмечались головокружения (29,23%) и нарушения аппетита (80%). Те или иные диссомнические расстройства — трудности при засыпании, беспокойный, поверхностный сон, ранние пробуждения с невозможностью уснуть, яркие сновидения на алкогольную тематику — встречались более чем у 90% обследованных из всех групп, а в основной группе нередко были затяжными и сложно поддающимися терапии.

В 23,08% случаев у больных алкоголизмом тормозимого типа отмечалась выраженная сенсорная компонента, заключающаяся в наличии у больных разнообразных телесных ощущений, сопровождавших тягу к алкоголю: «трепет в груди», «сосёт под ложечкой», «зуд в зубах». Нередко у пациентов имела место ипохондрическая фиксация на своих ощущениях.

В целом, ПВА было наиболее выражено в группе А ($13,32 \pm 1,65$ балла), в группе Б показатель составил $11,75 \pm 1,56$ балла, в основной группе — $12,70 \pm 1,33$ балла.

Актуализация ПВА в ремиссии у пациентов с чертами личности тормозимого круга развивалась как аутохтонно (46,15%), так и психогенно (53,85%), аффективные расстройства сопровождалась борьбой мотивов. В группе больных с возбудимыми чертами личности влечение возникало преимущественно аутохтонно (82,86%), носило компульсивный характер и не сопровождалось борьбой мотивов.

Выводы

Алкогольная зависимость в группе больных с личностными чертами тормозимого круга протекает с рядом своеобразных особенностей. Такие пациенты характеризуются более медленным темпом формирования алкогольной зависимости по сравнению с больными с возбудимыми личностными особенностями, однако прогрессивность заболевания у них выше, чем в группе без выраженных личностных акцентуаций. В структуре ААС в основной группе отмечается значимо большая, чем в группах сравнения, выраженность психопатологической симптоматики (тревожной, депрессивной, астенической, расстройствами восприятия и мышления).

ПВА пациентов с преморбидными личностными чертами тормозимого круга, в отличие от других групп, носит в основном парциальный характер с наличием внутреннего противопоставления тяги к

спиртному и личности больного; актуализация его в ремиссии происходит как аутохтонно, так и психогенно, сопровождаясь борьбой мотивов. В целом, в структуре ПВА преобладает аффективный компонент, в то время как у больных с чертами личности возбудимого круга более выражены поведенческие и идеаторные расстройства.

Клинически и психометрически в основной группе отмечается значимое преобладание проявлений тревоги и астено-депрессивной симптоматики в рамках аффективного компонента ПВА по сравнению с другими группами. Поведенческий и идеаторный компоненты ПВА представлены слабо, в отличие от группы с возбудимыми акцентуациями. Вегетативный компонент ПВА включает в себя весь спектр расстройств и, в целом, более выражен, чем в других группах; чаще наблюдается сенсорная компонента ПВА и сенесто-ипохондрические переживания.

Выявленные особенности необходимо учитывать при выборе тактики лечения больных алкоголизмом с преморбидными личностными чертами тормозимого круга.

Список литературы

1. Агибалова Т.В., Даренский И.Д. Значение преморбидных особенностей характера для психотерапии больных алкоголизмом // Материалы XIII Съезда психиатров России: Российское общество психиатров. — М., 2000. — С. 225—226.
2. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 264 с.
3. Волкова Е.В. Особенности патологического влечения к алкоголю у больных с возбудимыми чертами личности в преморбиде (клиника, терапия): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2008. — 164 с.
4. Иванец Н.Н. и др. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикомании. 4-е изд-е перераб. и доп. — М., 2002. — 60 с.
5. Индин А.С. Агрессивное поведение у больных алкоголизмом с коморбидными расстройствами личности (факторы риска, клиника, терапия, профилактика): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2009. — 280 с.
6. Кербинов О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
7. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Р-н-Д: Феникс, 2000. — 539 с.
8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
9. Мищенко Л.В. Алкогольная зависимость, сформировавшаяся на фоне расстройств личности (клинико-терапевтические аспекты): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2005. — 165 с.
10. Цыганков Б.Д., Яковлев В.А. Современные подходы к лечению алкогольной зависимости // Профилактика алкоголизма и наркомании. — 2002. — №1. — С. 60—63.
11. Чередниченко Н.В., Альтшулер В.Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №3—4. — С. 14—17.

**CLINICAL PECULIARITIES OF COURSE OF ALCOHOL ADDICTION
IN PATIENTS WITH INHIBITED PERSONALITY TYPE**

TSYGANKOV B.D. Dr.Med.Sci., professor, Head of Chair of psychiatry, narcology and psychotherapy,
Moscow State Medical Stomatological University

DZHANGILDIN Ju.T. Dr.Med.Sci., professor, Chair of psychiatry, narcology and psychotherapy,
Moscow State Medical Stomatological University, cerebra@inbox.ru

GOLUBEV D.A. psychotherapist, narcological clinical hospital №17, Moscow

The article describes characteristics of formation and clinical course of alcohol addiction in the group of patients with inhibited personality type including morbid alcohol attraction and psychopathological withdrawal symptoms. The results of the study can serve as a basis for working out programs of differential therapy for above-mentioned patients.

Key words: alcoholism, inhibited personality type, morbid alcohol attraction