

Злокачественный алкоголизм: особенности формирования и клинические варианты

- ВЕРЕТИЛО Л.В.** научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург; e-mail: veretilo@yandex.ru
- ТРУСОВА А.В.** к.психол.н., научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева, доцент кафедры медицинской психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета
- ЕГОРОВ А.Ю.** д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, зав. лабораторией Нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук; e-mail: draegrov@mail.ru
- КРУПИЦКИЙ Е.М.** д.м.н., профессор, руководитель отдела аддиктологии Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Формирование зависимости от алкоголя в возрасте до 30 лет характеризуется быстрым формированием основных клинических симптомов и синдромов алкогольной болезни, а также ранним появлением и нарастанием интеллектуально-мнестического снижения, алкогольных изменений личности и социальной дезадаптации. В работе изучались клинико-психологические аспекты злокачественного течения алкогольной зависимости на материале 88 больных наркологического стационара с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя». Больные были разделены на две группы: 48 больных, алкогольная зависимость которых расценивалась как имеющая злокачественное течение; 40 больных, алкогольная зависимость которых расценивалась как имеющая умеренно прогрессивное течение. Проводился клинический анализ, включавший дифференцированную оценку течения алкогольной зависимости и факторов экзогенного поражения головного мозга и личностный тест Кеттелла. Выделены 2 различных клинических варианта злокачественного течения алкогольной зависимости — эксплозивный и астенический, различающиеся по ряду клинических характеристик, а также характеру и времени возникновения поражения головного мозга. Описанные клинико-психологические характеристики двух вариантов ЗА могут служить дифференциальными критериями для диагностики качественно различных вариантов злокачественного течения алкогольной зависимости.

Ключевые слова: злокачественный алкоголизм, алкогольная зависимость, органическая неполноценность мозга, личностные особенности

Введение

Заболевания, вызванные употреблением алкоголя, на сегодня составляют около 82% всех официально зарегистрированных случаев наркологической патологии в Российской Федерации [17]. Из них почти 90% составляют лица трудоспособного возраста — от 20 до 59 лет [17]. Все чаще зависимость от алкоголя диагностируется у сравнительно молодых пациентов — в возрасте до 30 лет [1, 2]. Формирование зависимости от алкоголя в этом возрасте характеризует быстрое (как правило, в течение 2 лет от начала систематической алкоголизации) формирование основных клинических симптомов и синдромов алкогольной болезни, а также раннее появление (в течение 1—3 лет от начала систематической алкоголизации) и ускоренное нарастание интеллектуально-мнестического снижения, алкогольных изменений личности и социальной дезадаптации. Такой вариант алкоголизма принято определять как злокачественный (ЗА) [30]. Иванец и Винникова [13], класси-

фицируя хронический алкоголизм по степени прогрессивности, выделяют как наиболее злокачественный вариант высокопрогрессивный алкоголизм, при котором физическая зависимость с момента систематического употребления алкоголя формируется менее чем за 5 лет. Согласно зарубежным исследованиям, злокачественность алкоголизма характеризуется резистентностью к терапии, длительностью заболевания, проблемой приверженности лечению, частыми рецидивами, а также количеством симптомов алкогольной болезни, имеющих у конкретного больного [44].

По клиническим наблюдениям, больные ЗА наиболее резистентны к терапии и имеют наименьшие сроки ремиссии [11, 12, 21]. Портнов и Пятницкая [22] в качестве предикторов плохого прогноза указывали на раннее начало злоупотребления, высокую изначальную толерантность к алкоголю, быстрое появление компульсивного влечения в трезвом состоянии, пьянство в микросреде.

Согласно зарубежным данным, для ЗА характерны психотравмы в детстве, наследственный семейный алкоголизм, раннее начало связанных с алкоголем проблем, большая тяжесть зависимости, часто поли-субстантный характер употребления психоактивных веществ, более длительная история терапии заболевания (несмотря на сравнительно молодой возраст), больший удельный вес психопатологии, большое число жизненных стрессов, а также худший прогноз лечения [32]. В последние годы в генезе ЗА, наряду с наследственной отягощённостью, существенное значение придается раннему детскому стрессу: развод и смерть родителей, эмоциональная депривация, физическое и сексуальное насилие и т.д. [36, 37]. По совокупности причин (широкое распространение, молодой возраст, резистентность к терапии) лечение пациентов, больных ЗА, сегодня представляет собой особую сложную проблему в наркологии.

Ещё в 1907 г. А.М. Коровин обнаружил, что у одних больных алкоголизм развивается быстро, а у других — медленно (цит. по [20]). О «злокачественном течении» алкогольной зависимости писал В.М. Воловик [7], обозначая злокачественный алкоголизм как «хронический алкоголизм на патологически изменённой почве». Прогрессиентность алкоголизма может зависеть от перенесённых в прошлом и сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний: болезней печени и желудочно-кишечного тракта (например, состояние после резекции желудка и 12-перстной кишки), туберкулёза лёгких, перенесённых в детстве нейроинфекций, а также при эндокринной патологии — акромегалии, ЧМТ и иных поражениях [7, 28].

Ряд клинических проявлений отличает злокачественное течение алкогольной зависимости от неосложнённого. К ним, в частности, относится сокращение продолжительности начальной и средней стадии алкоголизма, а также быстрое возникновение расстройств, свойственных поздним этапам хронической алкогольной интоксикации — т.е. раннее возникновение физической зависимости [4, 30]. Синдром отмены этанола при ЗА характеризуется ранним появлением расстройств сна, делириозных эпизодов, паранойяльной настроенности [14, 23] и сочетается с вестибулярными и психосенсорными явлениями [24]. Многие авторы отмечают острые психотические вспышки и выраженные аффективные нарушения у больных ЗА [26], компульсивное влечение к алкоголю даже на начальных стадиях [25], раннее возникновение или изначальное присутствие алкогольной анорексии [6, 30]. Алкогольные психозы у больных ЗА, как правило, протекают с выраженным нарушением сознания и массивными аментивными включе-

ниями, а деградация развивается быстро и достигает значительной степени [24].

На данный момент большинством исследователей признается сложная многофакторная этиология ЗА. Традиционно основная роль в этиологии ЗА отводилась факторам органического поражения ЦНС [7, 8, 14, 16, 52]. Среди органического поражения ЦНС различного генеза чаще всего со злокачественным течением алкогольной зависимости сочетается посттравматическое поражение головного мозга, затем — постинфекционное и сосудистое (гипертонического и вертеброгенного генеза) [3—5, 21, 23, 40]. Показано, что алкоголизм после ЧМТ протекает с более тяжелыми когнитивными расстройствами: у данной категории больных отмечаются выраженные нарушения памяти и исполнительских функций [46], повышается риск возникновения делирия и эпилептиформных припадков в период синдрома отмены [38, 45]. В клинической картине алкоголизма у таких пациентов отмечаются частые эпизоды возбуждения и агрессии, а у их родственников нередко имеет место выгорание [33]. Низкий уровень мотивации к лечению, отмечающийся у больных алкоголизмом с ЧМТ, может быть связан со структурными изменениями мозга в регионах, вовлечённых в формирование когнитивных, эмоциональных и социальных навыков. Эти поражения мозга могут реализовываться в нарушении критических способностей и сказываться на принятии решений, исполнительских и когнитивных функциях [42].

Относительно взаимосвязи давности вредных воздействий на ЦНС (хроногенный фактор) и злокачественности течения алкогольной зависимости есть разные мнения. Некоторые авторы считают, что чем позже появилось органическое поражение головного мозга, тем более злокачественное течение принимает алкоголизм [8, 26]. Другие исследователи, напротив, полагают, что наиболее злокачественно протекает алкогольная зависимость у лиц, получивших ЧМТ в детском и пубертатном возрасте [23]. Очевидно, что даже легкая ЧМТ может вызвать нарушения когнитивных функций, что может ухудшить прогноз алкоголизма [39]. Сочетанное нейротоксическое воздействие алкоголя и ЧМТ на мозг приводит к большим нарушениям работы нейрональных цепей, модулирующих систему награды, настроение и исполнительские функции [41]. Органическую неполноценность у больных со ЗА подтвердили нейровизуализационные исследования (КТ и МРТ), которые выявили у них снижение объема серого и белого вещества мозга с максимальной редукцией в лобных долях, медиальной височной и теменной коре, субкортикальных структурах (таламусе, хвостом ядра), а также в утончении мозолистого тела, моста и мозжечка [34].

Относительно роли молодого возраста (до 18—20 лет) в формировании злокачественного течения мнения авторов разделились: некоторые считают, что он не влияет на злокачественность течения [7, 10, 11, 19], поскольку подростки, имеющие проблемы с алкоголем, представляют весьма гетерогенную группу [43, 50]. Другие исследователи считают, что молодой возраст имеет ключевое значение в формировании ЗА [3, 6, 26].

ЗА чаще встречается при психопатиях и неврозах, коморбидных с алкогольной зависимостью [6, 10], а также при наследственной отягощённости психическими и наркологическими заболеваниями [3, 6]. Среди психопатий ЗА чаще всего встречается при антисоциальном и пограничном (согласно DSM-IV) расстройствах личности [47, 48, 51]. Сиволап и Савченков [27] отмечают, что при наследственной предрасположенности к алкоголизму первое употребление алкоголя начинается рано (в юношеском или даже детском возрасте) с быстрым нарастанием его частоты и тяжести, ранним формированием алкогольной зависимости с выраженным психическим и физическим компонентами и тенденцией к безремиссионному течению.

Таким образом, известные на данный момент исследования посвящены либо изучению клинической картины ЗА, либо изучению возможных этиологических факторов, лежащих в основе ЗА. При этом имеется существенная нехватка комплексных данных о том, как выявленные этиологические факторы соотносятся с клиническими проявлениями злокачественного алкоголизма.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей клинической картины ЗА, сравнение клиничко-психологических особенностей больных злокачественным и неосложнённым алкоголизмом, а также выявление клинических и психологических различий внутри группы больных ЗА.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 88 больных наркологического стационара с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя». Больные были разделены на две группы: 48 больных, алкогольная зависимость которых расценивалась как имеющая злокачественное течение (ЗА); 40 больных, алкогольная зависимость которых расценивалась как имеющая умеренно-прогредиентное течение (УПА). Критерием злокачественности являлась скорость формирования алкогольного абстинентного синдрома — 2 года или менее с момента начала систематического (чаще 2 раз в неделю) употребления алкоголя. В исследование включались больные мужского пола европеоидной расы в возрасте от 20 до 50 лет, не имеющие сопутствую-

щих заболеваний психотического регистра (шизофрения, шизоаффективные и шизотипические расстройства, биполярное и монополярное аффективные расстройства) и выраженной соматической патологии.

Исследование было одобрено этическим комитетом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Больные были обследованы с помощью батареи клинических, психологических и нейрофизиологических методик не ранее 10-го дня после последнего употребления алкоголя. Клиничко-анамнестическое обследование проводилось с помощью специально разработанного структурированного интервью. Дифференцированно оценивались: характеристики клинической картины и течения алкогольной зависимости, наследственная отягощённость психическими и наркологическими заболеваниями, наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, причем учитывалось их количество и тяжесть. С помощью клиничко-анамнестического интервью у ближайших родственников больного выявлялась информация, касающаяся отдалённых факторов резидуального органического поражения головного мозга, в том числе возникшего в пренатальном периоде и родах, и особенности раннего развития. Ретроспективно оценивалось количество и качество ремиссий. Экспериментально-психологическими методами оценивались признаки наличия в детстве синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) по шкале SNAP-IV [49], основные личностные характеристики — с помощью теста Кеттелла [15], характеристики агрессивности с помощью теста Басса—Дарки [2], копинг-стратегии — с помощью теста Лазаруса [18].

Результаты исследования

Различия между группами по клиническим показателям, отражающим процесс формирования алкогольной зависимости, представлены в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, злокачественное течение алкоголизма отличает от неосложнённого меньшая продолжительность периодов эпизодической и систематической алкоголизации и более быстрое возникновение физической зависимости. Хотя начало эпизодической алкоголизации у больных ЗА приходится примерно на тот же возраст, что и у больных НА (нет статистически значимых различий), переход к систематической алкоголизации происходит у первых раньше. Быстрый переход от систематической алкоголизации к злоупотреблению алкоголем (и следующее за этим формирование алкогольного абстинентного синдрома) является отличительной особенностью феномена ЗА. В группе больных ЗА возраст утраты защитного рвотного рефлекса и количествен-

ного контроля фактически совпадает с возрастом начала систематической алкоголизации (21—22 года), в то время как в группе больных НА между ними имеется временной интервал. При этом начальная и актуальная толерантность (в граммах 40% алкоголя) не различается в изучаемых группах больных, а максимальная толерантность достоверно выше ($p = 0,042$) в группе больных ЗА (табл. 1).

Больные изучаемых групп статистически значимо различаются также в своих предпочтениях алкогольных напитков: слабоалкогольные напитки крепостью до 10% предпочитают большинство больных в группе ЗА (33 чел., 68%) и меньше половины в группе больных НА (15 чел., 37,5%) ($p = 0,03$, критерий Фишера); алкоголь крепостью от 10 до 30% предпочитают 10 чел. (21%) в группе больных ЗА и 13 чел. (32%) в группе больных НА ($p = 0,04$, критерий Фишера); крепкий алкоголь свыше 30% предпочитают 5 чел. (10,5%) в группе ЗА и 12 чел. (31%) в группе больных НА ($p = 0,03$, критерий Фишера).

Относительно преобладающих компонентов алкогольного абстинентного синдрома (ААС) обнаружены следующие статистически значимые различия между группами: соматовегетативный компонент в ААС преобладает у 14 чел. (28%) в группе ЗА против 25 чел. (62%) в группе НА ($p = 0,038$, критерий Фишера); психический компонент преобладает у 27 чел. (57%) в группе ЗА и у 7 чел. (18%) в группе больных НА ($p = 0,02$, критерий Фишера). При этом отсутствуют статистически значимые различия относительно ААС без выраженного преобладания одного из компонентов — 7 чел. (15%) в группе ЗА и у 8 чел. (20%) в группе НА.

Факторы органического поражения ЦНС, имеющие, согласно литературным данным, существенное значение в клинической картине ЗА, отражены в табл. 2.

Представленные в табл. 2 данные свидетельствуют о большей частоте представленности факторов, вызывающих церебро-органическую недостаточность, в группе ЗА.

Таблица 1

Клинические характеристики больных изучаемых групп

	Больные ЗА		Больные НА	
	М	SE	М	SE
Возраст начала эпизодической алкоголизации (лет)	16,7	0,35	17,2	0,68
Возраст начала систематической алкоголизации (лет)	20,1	1,12	25,8**	2,8
Скорость формирования ААС (лет)	1,4	0,24	5,2***	0,83
Начальная толерантность к водке с 40% этанола (г)	300	135	220	80
Максимальная толерантность (в граммах 40% этанола)	1115*	400	980	310
Актуальная толерантность (в граммах 40% этанола)	720	270	640	190
Возраст утраты количественного контроля (годы)	21,3	1,26	32,7**	3,8
Возраст утраты защитного рвотного рефлекса (годы)	21,7	0,87	35,6**	4,23

Примечание. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна—Уитни): * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$; ЗА — злокачественный алкоголизм; НА — неосложнённый алкоголизм

Таблица 2

Данные о наличии церебро-органической недостаточности

	Больные ЗА		Больные НА	
	N	%	N	%
Токсикоз 2-й половины беременности	24	50,0***	3	7,5
Недоношенность	10	20,8**	2	5,0
Осложнённые роды	34	70,8***	5	12,5
Асфиксия плода	35	72,9**	6	15
Не имеют ЧМТ в анамнезе	4	8,3	18	45,0***
1—2 ЧМТ лёгкой степени	10	20,8	8	20,0
3 и более ЧМТ легкой степени и/или 1—2 ЧМТ средней степени	32	66,7**	14	35,0
Имеют в анамнезе ЧМТ тяжёлой степени	2	4,2**	0	0

Примечание. Статистическая достоверность различий между группами (точный критерий Фишера): ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$; ЗА — злокачественный алкоголизм; НА — неосложнённый алкоголизм; N — количество больных

Данные, полученные с помощью шкалы SNAP-IV, ретроспективно выявляющей признаки дефицита внимания с гиперактивностью в детстве, представлены в табл. 3. У больных ЗА средние оценки показателей «Невнимательность», «Гиперактивность» и «Оппозиционные расстройства» (упрямство, негативизм) значимо выше, чем у больных НА.

Результаты теста агрессивности Басса—Дарки демонстрируют качественные и количественные характеристики агрессивности как индивидуального свойства у зависимых от алкоголя больных (табл. 3). Согласно полученным данным, больные ЗА достоверно чаще, чем больные НА, проявляют физическую агрессию по отношению к окружающим, у них более выражена подозрительность и обидчивость, а также враждебность по отношению к окружающим.

Относительно использования больными НА и ЗА копинг-стратегий (тест Лазаруса) различия обнаружены только относительно копинга «Дистанцирование», который был более выражен в группе ЗА (табл. 3).

Общее представление о структуре личности больных изучаемых групп дает тест Кеттелла (Кеттел, 1970) (среднегрупповые данные представлены на рисунке).

Необходимо подчеркнуть, что усреднённые групповые профили не отражают индивидуальные характеристики больных той или иной группы, а лишь дают обобщённое представление о типичных различиях между группами в целом.

По данным теста Кеттелла (рисунок) больные ЗА имели достоверно более низкие оценки по сравнению с больными НА по таким факторам, как фактор В (способность к абстрактному мышлению), фактор С (эмоциональная зрелость), фактор G (способность соблюдать правила, следовать социальным нормам), а также фактор Q₃ (развитость самоконтроля).

Кроме того, больные ЗА имели достоверно более высокие показатели по сравнению с больными НА по таким факторам, как фактор L (настороженность, подозрительность и предубеждённость в межличностных контактах), фактор N (грубость, прямолинейность, низкие способности к дипломатии), фактор O (тревожность, неуверенность в себе).

С целью выделения скрытых факторов в массиве данных, полученных в группе больных ЗА, был проведён факторный анализ данных теста 16 PF Cattell. В результате были выделены 2 наиболее значимых

Таблица 3

Экспериментально-психологические данные

Методики обследования	Больные ЗА		Больные НА	
	М	SE	М	SE
Шкала SNAP-IV Невнимательность	1,08*	0,51	0,82	0,40
Шкала SNAP-IV Гиперактивность	1,04**	0,37	0,78	0,38
Шкала SNAP-IV Импульсивность	0,74	0,46	0,64	0,48
Шкала SNAP-IV Оппозиционные расстройства	1,00**	0,47	0,73	0,38
Тест Басса—Дарки Физическая агрессия	6,50**	1,54	5,32	1,74
Тест Басса—Дарки Косвенная агрессия	4,96	1,90	4,95	2,04
Тест Басса—Дарки Раздражение	6,29*	2,36	5,42	1,75
Тест Басса—Дарки Негативизм	2,96	1,35	2,89	1,23
Тест Басса—Дарки Обида	5,25	1,73	4,84	1,28
Тест Басса—Дарки Подозрительность	5,88**	1,63	4,21	2,27
Тест Басса—Дарки Вербальная агрессия	8,04	2,43	8,53	2,29
Тест Басса—Дарки Чувство вины	7,33	1,33	6,89	2,08
Тест Басса—Дарки Индекс враждебности	11,17**	2,52	9,05	3,13
Тест Басса—Дарки Индекс агрессивности	20,83	4,72	19,26	4,43
Копинг-тест Lazarus Самоконтроль	9,58	3,04	9,21	2,58
Копинг-тест Lazarus Поиск соц. поддержки	10,08	2,95	9,63	3,54
Копинг-тест Lazarus Принятие ответственности	14,21	3,10	13,84	2,31
Копинг-тест Lazarus Планирование решений	11,92	2,51	12,89	3,22
Копинг-тест Lazarus Положительная переоценка	8,42	2,96	7,84	2,59
Копинг-тест Lazarus Дистанцирование	12,83*	4,05	11,11	3,73
Копинг-тест Lazarus Бегство	10,83	2,85	11,63	2,96
Копинг-тест Lazarus Конфронтация	11,75	3,39	11,53	3,73

Примечание. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна—Уитни): * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

фактора: первый фактор составили следующие показатели теста Cattell: E+, G-, H+, L+, Q3-, он получил условное название «фактор эксплозивности» (ФЭ). Второй фактор составили такие показатели теста Cattell: C-, E-, H-, L-, O+, Q2-, он был обозначен как «фактор астеничности» (ФА).

«Фактор эксплозивности» (ФЭ) характеризовали следующие индивидуально-психологические составляющие: нечувствительность к угрозе, решительность, тяга к риску и острым ощущениям, склонность к авантюрам, быстрое забывание неудач без надлежащих выводов, упрямство, стремление к самоутверждению и независимости, игнорирование социальных условностей и авторитетов, подверженность бурным аффектам и сильным колебаниям настроения, ревнивость, склонность к соперничеству, отсутствие заботы о будущем и планирования жизненной перспективы.

«Фактор астеничности» (ФА) характеризовали такие индивидуально-психологические показатели, как слабоволие, дефицит внутренних регуляторов поведения, озабоченность, склонность все усложнять, ригидность, жёсткое следование привычкам, невозможность быстро принимать решения в конкретной ситуации, частая фрустрированность, напряжённость, эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения.

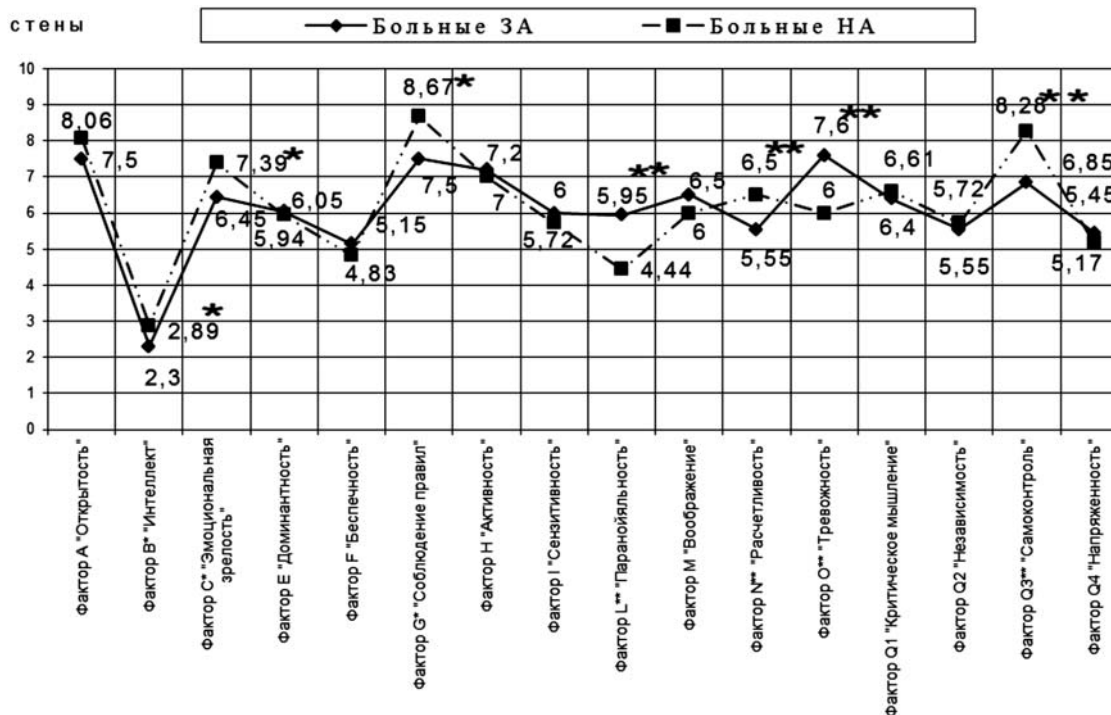
По каждому из выявленных факторов для каждого больного ЗА было рассчитано факторное значение, что позволило разделить группу больных ЗА

на 2 подгруппы. В первую подгруппу вошли больные ЗА (25 больных ЗА — 52%), у которых значения ФЭ превышали средние нормативные. Вторую подгруппу составили больные ЗА, у которых значения ФА превышали средние нормативные — 23 больных ЗА (48%). Между показателями ФЭ и ФА существовала обратная корреляционная связь ($r = 0,89$, $p < 0,0001$, коэффициент ранговой корреляции Спирмена) — для пациентов с высокими значениями ФЭ были характерны низкие значения ФА, и наоборот — пациенты с высокими значениями ФА имели низкие значения ФЭ.

Сравнительный анализ характеристик выделенных подгрупп показал ряд статистически значимых различий в клинических феноменах ЗА.

Больные ЗА, составившие подгруппу ФЭ, характеризовались высокой начальной толерантностью к алкоголю — в среднем $0,3 \pm 0,01$ л ($M \pm SE$) в пересчёте на 40% алкоголь, в то время как больные ЗА, составившие подгруппу ФА, характеризовались низкой или средней начальной толерантностью к алкоголю — в среднем $0,2 \pm 0,02$ л в пересчёте на 40%-ный алкоголь ($p = 0,04$).

Больные ЗА подгруппы ФЭ по сравнению с больными ЗА подгруппы ФА имели большее количество ЧМТ в анамнезе, в том числе тяжелых, — среднее количество ЧМТ составило $3,92 \pm 0,4$ против $1,5 \pm 0,1$ ($M \pm SE$) соответственно ($p = 0,036$), а также большее количество случаев наследственной отягощённости психическими за-



Усреднённые групповые профили больных изучаемых групп, тест Кеттелла 16PF. Статистическая достоверность различий между группами (U-тест Манна—Уитни): * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$.

болеваниями — средняя оценка $4,43 \pm 0,06$ против $2,3 \pm 0,2$ ($p = 0,035$). У больных ЗА подгруппы ФА по сравнению с больными ЗА подгруппы ФЭ имелось большее количество признаков патологии беременности матери: совокупные средние значения (по 1 баллу за присутствие признака) по таким показателям, как токсикоз 2-й половины беременности, недоношенность, осложнённые роды и асфиксия плода, составили $3,2 \pm 0,09$ и $1,8 \pm 0,2$ соответственно ($p = 0,048$). Можно предположить, что для больных ЗА подгруппы ФА ведущая роль в формировании церебро-органической недостаточности принадлежит раннему повреждению ЦНС (антенатальное и интранатальное повреждение), а для больных ЗА подгруппы ФЭ — полученным позднее посттравматическим повреждениям головного мозга, как правило, множественным ЧМТ.

Больные ЗА, составившие подгруппу ФЭ, имели менее длительные спонтанные ремиссии по сравнению с больными ЗА, составившими подгруппу ФА — средние показатели в месяцах составили $1,3 \pm 0,07$ и $4,8 \pm 0,2$ ($M \pm SE$) соответственно ($p = 0,04$). Относительно терапевтических ремиссий следует отметить, что больные ЗА, составившие подгруппу ФЭ, по сравнению с больными ЗА, составившими подгруппу ФА, лучше выдерживали сроки, определяемые процедурой плацебо-опосредованной суггестии — $7,2 \pm 0,09$ и $5,6 \pm 0,4$ мес. соответственно ($p = 0,05$).

Обсуждение результатов

Клинические характеристики ЗА, выявленные в данном исследовании, во многом совпадают с данными литературы. В частности, формирование ААС у больных ЗА с одновременной утратой защитного рвотного рефлекса и количественного контроля, по-видимому, характеризует облигатные свойства ЗА.

Результаты, полученные в настоящей работе относительно существенного вклада церебро-органической недостаточности в этиологию ЗА, согласуются с результатами ряда других авторов, исследовавших данную проблему [1, 3, 5, 40]. Это полностью подтверждается и МРТ исследованиями, с помощью которых было показано, что ранее начало алкоголизации связано с уменьшением объема серого и белого вещества в мозжечке, стволе и лобных отделах. Снижение объема мозговой ткани в этих регионах приводит к нарушению исполнительских функций, даже несмотря на пока ещё относительно сохранное социальное функционирование [34]. Более злокачественному алкоголизму свойственна сниженная активность нейронных систем, вовлечённых в контроль за поведением и связанных с импульсивностью. Возможно, именно снижение контроля способствует частым рецидивам и прогрессированию заболевания [35].

Среди коморбидной органической патологии у больных ЗА существенное место занимали после-

дствия ЧМТ средней степени или повторные ЧМТ легкой степени (при этом речь идёт о ЧМТ, перенесённых при уже сформировавшейся АЗ). Большинство из обследованных больных не предъявляло каких-либо жалоб, связанных с приобретённой ЧМТ. У 10% больных отмечались отчётливые отдалённые последствия ЧМТ в виде головных болей, метеотропности, судорожных припадков, нарушений памяти, астенических расстройств (физической и психической истощаемости, раздражительности, эмоциональной лабильности), вегетативных нарушений (тремор, потливость, тахикардия, усиленный дермографизм). Также у этих больных достоверно чаще, чем у больных НА, встречались такие факторы раннего поражения головного мозга, как патология беременности матери (токсикоз 2-й половины) и недоношенность, осложнённые роды и асфиксия плода.

Обнаруженные характеристики толерантности к алкоголю, присущие больным ЗА (дробное употребление, предпочтение слабоалкогольных напитков), соответствуют данным более ранних исследований, в которых была показана сниженная толерантность к алкоголю у больных алкоголизмом с органическим поражением ЦНС [5, 6]. Возможно, слабоалкогольные напитки позволяют таким больным поддерживать состояние легкого алкогольного опьянения в течение дня, тем самым обеспечивая приподнятое настроение и активность. При этом в нашем исследовании максимальная толерантность в пересчёте на 40% алкоголь у больных ЗА была выше, чем у больных НА, что может объясняться объемом (общим количеством) алкоголя, потребляемого за один эпизод алкоголизации.

Среди причин, по которым больные ЗА в большей степени, чем больные НА, предпочитают слабоалкогольные напитки, можно выделить следующие: молодежная мода на определённые алкогольные напитки; субъективные представления, что слабый алкоголь не так вреден, как крепкий; поведенческие стереотипы; круглосуточная продажа. Как показали предыдущие исследования, слабоалкогольные напитки предпочитают современной молодёжью [29] и ранний алкоголизм возникает на фоне злоупотребления именно слабоалкогольных напитков [10, 11].

Помимо ЧМТ, полученных при уже сформировавшейся зависимости от алкоголя, у больных ЗА ретроспективно выявлены ранние признаки резидуально-органической недостаточности; этим пациентам в детстве были больше свойственны невнимательность, гиперактивность, повышенная агрессивность, склонность нарочно задирать других детей, негативизм, споры со взрослыми, непослушание.

Как оппозиционные расстройства, невнимательность и гиперактивность в детстве могут являться проявления-

ми церебрально-органической недостаточности, так у взрослых последствия органического поражения головного мозга могут проявляться повышенной возбудимостью, раздражительностью, нетерпимостью и агрессивностью по отношению к окружающим. В данном исследовании показано, что больные ЗА достоверно чаще, чем больные с НА, проявляют физическую агрессию по отношению к окружающим, у них более выражена подозрительность и обидчивость, а также враждебность по отношению к окружающим. Полученные нами данные согласуются с результатами зарубежных исследований, выявивших эмоциональную неустойчивость со склонностью к аффектам и агрессии у больных алкоголизмом, осложнённом ЧМТ [33].

В характеристиках механизмов совладания, определяющих индивидуальный стиль решения жизненных проблем, между больными НА и ЗА выявлены различия в частоте использования неконструктивного, затрудняющего адаптацию копинга «Дистанцирование». Он заключается в когнитивных усилиях, направленных на отдаление от ситуации и, тем самым, уменьшение её значимости. Больным ЗА больше свойственно снижать личностную значимость фрустрирующей ситуации, и это, в свою очередь, может отражать более выраженное по сравнению с больными НА снижение уровня притязаний в рамках алкогольных изменений личности.

Результаты, полученные с помощью факторного анализа, позволяют описать два различных клинических варианта ЗА — эксплозивный и астенический. Для эксплозивного варианта ЗА характерно наличие множественных ЧМТ в анамнезе, высокие показатели начальной толерантности к алкоголю, короткие спонтанные ремиссии или их отсутствие, хороший ответ на плацебо-опосредованную суггестию в рамках терапевтических ремиссий. Этим лицам свойственны нечувствительность к угрозе, решительность, тяга к риску и острым ощущениям, склонность к авантюрам, быстрое забывание неудач без надлежащих выводов, упрямство, стремление к самоутверждению и независимости, игнорирование социальных условностей и авторитетов, подверженность бурным аффектам и сильным колебаниям настроения, ревнивость, склонность к соперничеству, отсутствие заботы о будущем и планирования жизненной перспективы. Психологические характеристики эксплозивного варианта ЗА перекликаются с обнаруженными в недавнем исследовании венгерских учёных таких особенностей алкоголиков с неблагоприятным течением заболевания, как высокие уровни поиска новизны, пренебрежение опасностями, решительность [31].

Для астенического варианта ЗА характерны низкие или средние уровни начальной толерантности к алкоголю, наследственная отягощённость психичес-

кими заболеваниями, наличие признаков антенатального и интранатального повреждения ЦНС. Описанные клиничко-психологические характеристики двух вариантов ЗА могут служить дифференциальными критериями для диагностики качественно различных вариантов злокачественного течения алкогольной зависимости.

Выводы

1. Больные со злокачественным течением алкогольной зависимости отличаются от больных с умеренно-прогредиентным алкоголизмом по ряду клинических и психологических характеристик. По сравнению с больными умеренно-прогредиентным алкоголизмом, особенности злокачественного алкоголизма проявляется в быстром переходе от эпизодического употребления алкоголя к систематическому; большей выраженностью психического компонента в ААС в виде депрессивных проявлений, аффективной неустойчивости, тревоги и колебаний самооценки; предпочтением слабоалкогольных напитков для обеспечения более продолжительного опьянения.

2. При сочетании отягощённости анамнеза ранним органическим поражением ЦНС и последующих ЧМТ алкогольная зависимость протекает наиболее неблагоприятно как в группе больных ЗА, так и в группе больных НА (массивная алкоголизация, большое количество алкогольных палимпсестов и амнезий, ранняя относительно формирования ААС утрата или изначально сниженный количественный контроль, меньшее количество/продолжительность ремиссий или безремиссионное течение).

3. По сравнению с больными умеренно-прогредиентным алкоголизмом, больные злокачественным алкоголизмом характеризуются более высоким уровнем внешних проявлений агрессивности, как прямо направленной на окружающих (физической агрессии), так и косвенно (подозрительность, обидчивость, враждебность), в сочетании с предпочтением неконструктивного снижения значимости фрустрирующей ситуации в рамках личностно-средового взаимодействия. Эти характеристики отражают незрелость личностных структур в попытке совладать с проявлениями дезадаптивного поведения, частично обусловленного неблагоприятным органическим «фоном».

4. Комплексный анализ характеристик личностно-средового взаимодействия и клинических проявлений заболевания позволил выделить внутри группы больных злокачественным алкоголизмом два варианта течения заболевания: эксплозивный и астенический, различающиеся как по этиологическим, так и патогенетическим факторам.

Список литературы

1. Алтынбеков К.С., Бохан Н.А., Счастный Е.Д. Типология, клиническая динамика и терапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2008. — №3. — С. 64—65.
2. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. — С. 49—54.
3. Бойко Е.О. Алкогольная зависимость у лиц с органическим поражением центральной нервной системы (клинико-статистический анализ и социальные аспекты): Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. НИИ Наркологии. — М., 2002. — 19 с.
4. Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. НИИПЗ СО РАМН. — Томск, 1996. — 46 с.
5. Бохан Н.А., Семке В.Я., Агарков А.П. Преморбид больных алкоголизмом с коморбидной черепно-мозговой травмой: особенности и прогностическое значение // Научно-организационные основы психиатрической и психологической помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока: Материалы конф. — Сургут — Томск, 1998. — №3. — С. 122—125.
6. Братусь П.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М.: Изд-во МГУ, 1984.
7. Воловик В.М. Клиника и течение злокачественных форм алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. 1-й Ленингр. мед. ин-т им. акад. И.П. Павлова. — Л., 1965. — 18 с.
8. Гордова Т.Н. Некоторые особенности состояния опьянения у лиц с органическим поражением головного мозга // Вопросы клинической и организационной психоневрологии. — Томск, 1958. — С. 68—69.
9. Гурьева В.А., Гишкин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.
10. Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2003 (3). — №1. — С. 10—16.
11. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. — 2002. — №2. — С. 50—54.
12. Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А., Иовлев Б.В. и др. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: Методические рекомендации. — СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2006. — 20 с.
13. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Вопросы классификации наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец (ред.). — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. — С. 189—197.
14. Кална О.М. Психоорганические нарушения при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1982. — 24 с.
15. Кеттел Р., Эбер Г.У., Тадуока М. Руководство по работе с вопросником по 16 личностным факторам (16-РФ) в клинической, педагогической, промышленной и исследовательской психологии с использованием всех форм теста. — М., 1970.
16. Корнилов А.А. О взаимном влиянии хронического алкоголизма и травмы черепа (по данным сравнительного клинико-социального исследования) // Алкоголизм (клинико-терапевтический, патогенетический и судебно-психиатрический аспекты). — М., 1981. — С. 32—38.
17. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорюк О.В., Григорова Н.И., Ванисова Н.Г. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011—2012 годах // Статистический сборник ФГБУ НИИЦН МЗ РФ, 2013. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.nmcp.ru/2_525.html.
18. Крюкова Т.Л., Кудряк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. — 2007. — №3. — С. 93—112.
19. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991.
20. Морозов Г.В. Классификация алкоголизма основные клинические характеристики заболевания // Алкоголизм / Г.В. Морозов, В.Е. Рожнов, Э.А. Бабаян (ред.). — М.: Медицина, 1983. — С. 64—75.
21. Пивень Б.Н., Шереметьева И.И. Алкоголизм и экзогенно-органические поражения головного мозга у мужчин и женщин: сравнительный анализ // Вопросы наркологии. — 2006. — №3. — С. 36—42.
22. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Мегаполис, 2012. — 576 с.
23. Ревенко А.А. Структурно-динамическая характеристика алкоголизма и особенности алкоголизма у лиц, перенесших черепно-мозговую травму: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. ГНЦ сод. и суд. психиатрии им. В.П. Сербского. — М., 1990. — 24 с.
24. Сегал Б.М. Алкоголизм: клинические, социально-психологические и биологические проблемы. — М.: Медицина, 1967. — 578 с.
25. Семке В.А. Клинические особенности ремиссий и рецидивов у больных алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. НИИПЗ СО РАМН. — Томск, 2000. — 16 с.
26. Сергеев В.А. Сравнительное исследование больных с различными клиническими проявлениями ЧМТ, формирующихся на фоне хронического алкоголизма // Российский психиатрический журнал. — 2004. — №3. — С. 44—46.
27. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Алкоголизм: Практическое пособие для врачей. — М.: ОАО «Изд-во «Медицина». 2007. — 128 с.
28. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
29. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. — М.: Оптим Групп, 2003.
30. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика, 2002. — 328 с.
31. Ando B., Rozsa S., Kurgys E., Szkaliczki A., Demeter I., Szikszay P., Demetrovics Z., Janka Z., Almos P.Z. Direct and indirect symptom severity indicators of alcohol dependence and the personality concept of the biosocial model // Subst. Use Misuse. — 2013. — Oct. 4. [Epub ahead of print].
32. Babor T.F., Hofmann M., DelBoca F.K., Hesselbrock V., Meyer R.E., Dolinsky Z.S., Rounsaville B. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity // Arch. Gen. Psychiatry. — 1992. — Vol. 49, №8. — P. 599—608.
33. Castano-Monsalve B., Bernabeu-Guitart M., Lopez R., Bulbena-Vilarrasa A., Quemada J.I. [Alcohol and drug use disorders in patients with traumatic brain injury: neurobehavioral consequences and caregiver burden] // Rev. Neurol. — 2013. — Vol. 56, №7. — P. 363—369. [Article in Spanish]
34. Chanraud S., Martelli C., F. Delain F., Kostogianni N., Douaud G., Aubin H.-J., Reynaud M., Martinot J.-L. Brain morphology and cognitive performance in detoxified alcohol dependents with preserved psychosocial functioning // Neuropsychopharmacology. — 2007. — Vol. 32. — P. 429—438.
35. Claus E.D., Feldstein Ewing S.W., Filbey F.M., Hutchison K.E. Behavioral control in alcohol use disorders: relationships with severity // J. Stud. Alcohol Drugs. — 2013. — Vol. 74, №1. — P. 141—151.

36. Dom G., De Wilde B., Hulstijn W., Sabbe B. Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients // *Compr. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 48, №2. — P. 178—185.
37. Enoch M.-A. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence // *Psychopharmacology (Berl.)*. — 2011. — Vol. 214, №1. — P. 17—31.
38. Eyer F., Schuster T., Felgenhauer N., Pfab, R., Strubel T., Saugel B., Zilker T. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal — Predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal // *Alcohol and Alcoholism*. — 2011. — Vol. 46, №4. — P. 427—433.
39. Graham D.P., Cardon A.L. An update on substance use and treatment following traumatic brain injury // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 2008. — Vol. 1141. — P. 148—162.
40. Hibbard M.R., Uysal S., Kepler K., Bogdany J., Silver J. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury // *J. Head Trauma Rehabil.* — 1998. — Vol. 13, №4. — P. 24—39.
41. Jorge R.E., Starkstein S.E., Arndt S., Moser D., Crespo-Facorro B., Robinson R.G. Alcohol misuse and mood disorders following traumatic brain injury // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 62, №7. — P. 742—749.
42. Le Berre A.P., Rauchs G., La Joie R., Segobin S., Mezenge F., Boudehent C., Vabret F., Viader F., Eustache F., Pitel A.L., Beaunieux H. Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism // *Psychiatry Res.* — 2013. — Vol. 30, №3. — P. 202—209.
43. Mezzich A., Tarter R., Kirisci L., Clark D., Buckstein O., Martin C. Subtypes of early age onset alcoholism // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1993. — Vol. 17, №4. — P. 767—770.
44. Moss H.B., Chen C.M., Yi H.Y. DSM-IV criteria endorsement patterns in alcohol dependence: relationship to severity // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 2008. — Vol. 32. — P. 306—313.
45. Perala J., Kuoppasalmi K., Pirkola S., Harkanen T., Saarni S., Tuulio-Henriksson A., Viertio S., Latvala A., Koskinen S., Lonnqvist J., Suvisaari J. Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population // *The British Journal of Psychiatry*. — 2010. — Vol. 197. — P. 200—206.
46. Ponsford J., Tweedly L., Taffe J. The relationship between alcohol and cognitive functioning following traumatic brain injury // *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* — 2013. — Vol. 35, №1. — P. 103—112.
47. Preuss U.W., Johann M., Fehr C., Koller G., Wodarz N., Hesselbrock V., Wong W.M., Soyka M. Personality Disorders in Alcohol-Dependent Individuals: Relationship with Alcohol Dependence Severity // *Eur. Addict. Res.* — 2009. — Vol. 15, №4. — P. 188—195.
48. Preuss U.W., Koller G., Barnow S., Eikmeier M., Soyka M. Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 2006. — Vol. 30. — P. 866—877.
49. Swanson J., Nolan E., Palham W. SNAP-IV. — 1992.
50. Tarter R., Kirisci L., Hegedus A., Mezzich A., Vanyukov M. Heterogeneity of adolescent alcoholism // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 1994. — Vol. 708. — P. 172—180.
51. van den Bosch L.M., Verheul R., van den Brink W. Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates // *J. Personal Disord.* — 2001. — Vol. 15. — P. 416—424.
52. Whelan-Goodinson R., Ponsford J., Johnston L., Grant F. Psychiatric disorders following traumatic brain injury: their nature and frequency // *J. Head Trauma Rehabil.* — 2009. — Vol. 24, №5. — P. 324—332.

MALIGNANT ALCOHOLISM: FORMING CHARACTERISTICS AND CLINICAL TYPES

VERETILO L.V., TRUSOVA A.V., EGOROV A.Y., KRUPITSKIY E.M.

Formation of alcohol dependence before the age of 30 years is characterized by the rapid forming of the alcoholism main clinical symptoms and syndromes, as well as the early appearance and the growth of intellectual-mental decline, alcoholic personality changes and social maladjustment. We studied the clinical and psychological aspects of the malignant course of alcohol dependence on 88 patients with a diagnosis «alcohol dependence syndrome». Patients were divided into two groups: 48 patients with alcohol dependence, which were regarded as having a malignant course, 40 patients, alcohol dependence, which were regarded as having a moderately progressive course. Clinical analysis included a differentiated assessment of the course of alcohol dependence and exogenous factors of brain lesions, and Cattell personality test. two different clinical types of malignant alcoholism — explosive and asthenic, differing in the number of clinical characteristics, as well as the nature and time of occurrence of brain lesions have been highlighted. The described clinical characteristics of the two types of malignant alcoholism can serve as criteria for the differential diagnosis and different therapeutic strategies.

Key words: malignant alcoholism, alcohol dependence, organic brain deficiency, personality traits