

На правах рукописи

МИЩЕНКО ЛАРИСА ВИКТОРОВНА

**АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, СФОРМИРОВАВШАЯСЯ
НА ФОНЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ
(КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

14.00.45 – наркология

**Автореферат
диссертации на соискание учёной степени кандидата
медицинских наук**

Москва-2005

Работа выполнена в ГУ Психиатрической больницы № 13 (главный врач – кандидат медицинских наук Э.С. Дроздов) и отделении психофармакологии ФГУ Национального научного центра наркологии Росздрава (директор – член-корреспондент РАМН, профессор Н.Н. Иванец).

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук Агибалова Татьяна Васильевна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор
Бобров Алексей Евгеньевич

Кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава

Защита диссертации состоится «_____» сентября 2005 года
в 10:30 на заседании диссертационного совета (Д 208.051.01)
при ННЦ наркологии по адресу:
119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ННЦ наркологии
(119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3).

Автореферат разослан «___» «_____» 2005 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат биологических наук

Львова О.Ф.

2006-4
10330

2159058

Актуальность проблемы

В настоящее время проблема алкогольной зависимости, сформированной на фоне расстройств личности (психопатий) сохраняет свою актуальность, как в практическом, так и в теоретическом плане. Актуальность проблемы объясняет тот факт, что личностные расстройства очень часто сочетаются с зависимостью от алкоголя. По данным Shuckit M. (1989), преморбидно психопатические личности составляют до 5 % больных алкоголизмом женщин и до 20 % больных алкоголизмом мужчин, а по данным Ross H. E. et al. (1988) - до 42 % больных (это в 21 раз превышает распространенность психопатий в населении).

Психопатии являются той клинической психиатрической формой расстройств, которой всегда придавалось большое, если не исключительно ведущее значение в развитии болезней зависимости. Известно, что психопатические личности в силу эмоционально-волевых отклонений скорее и чаще заболевают алкогольной зависимостью. Целым рядом исследований показано, что клинические особенности алкоголизма в значительной степени определяются преморбидной структурой личности больных. Это сказывается в своеобразии отдельных симптомов заболевания и скорости их формирования (Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1976, 1977; Небараква Т.П., 1977; Новиков Е.М., 1977; Меньшикова Е.С., 1980; Трубочанинова О.Н., 1982). Большая часть исследователей склоняется к мнению, что расстройства личности являются группой риска по алкоголизму и наркомании, криминальному поведению, суициду, бродяжничеству и т.д. (Lamparski D. M. et al., 1991, McMillen D. L. et al., 1991, Palermo G. B. et al., 1991, Marttunen M. J. et al., 1994).

Сочетание психопатий и алкоголизма крайне неблагоприятно сказывается на результате лечения, поскольку оно сопровождается взаимным усилением двух психопатологических процессов (Rounsaville B. J. et al., 1987).



В связи с тем, что у таких пациентов наблюдаются более тяжелые формы алкогольной зависимости, требуются особые терапевтические подходы, более дифференцированные программы лечения. По данным литературы, применение психофармакотерапии и психотерапии у пациентов с алкогольной зависимостью становится все более дифференцированным и прицельным. С другой стороны, в настоящее время существует дефицит научной информации о лечении такой тяжелой категории больных, как пациенты с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности, особенно это относится к возможности проведения психотерапевтических методик у данной группы пациентов.

Все это требует дальнейшего изучения пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности и разработок дифференцированного подхода к лечению данной категории больных.

Цель исследования

Целью исследования являлось: изучить клинические особенности и закономерности течения алкогольной зависимости, сформировавшейся на фоне расстройств личности; разработать на этой основе дифференцированные комплексные программы терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности формирования зависимости от алкоголя у пациентов с различными вариантами расстройств личности.
2. Изучить и описать особенности клинических проявлений алкогольного абстинентного синдрома, патологического влечения к алкоголю при различных вариантах сочетания алкогольной зависимости и личностных расстройств.
3. Оценить влияние алкогольной зависимости на статику и динамику различных вариантов личностных расстройств.

4. Разработать дифференцированные программы терапии для пациентов с алкогольной зависимостью, сформированной на фоне личностных расстройств.

Научная новизна

Впервые на большом клиническом материале описаны клинические варианты, структура и динамика патологического влечения к алкоголю у больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне личностных расстройств.

Впервые показано значение проявлений психического инфантилизма в возникновении, формировании, становлении алкогольной зависимости у пациентов с личностными расстройствами, а также его влияние на течение и прогноз заболевания. Описана динамика коморбидности и взаимовлияние психопатологических проявлений алкогольной зависимости и личностных расстройств.

Разработаны основные принципы и этапы стационарной дифференцированной комплексной терапии больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне личностных расстройств.

Выявлены закономерности составления дифференцированных комплексных терапевтических программ лечения больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне различных личностных расстройств. Определен предпочтительный выбор тех или иных групп психофармакологических препаратов в зависимости от этапа лечения.

Впервые описаны механизмы психологической защиты и определены пути их психотерапевтической коррекции у больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне личностных расстройств.

Практическая значимость результатов исследования

Использование в клинической практике данных о возникновении, формировании и развитии психопатологических особенностей больных

алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне различных расстройств личности, позволяет обеспечить выбор дифференцированных программ комплексной терапии.

Применение разработанной дифференцированной комплексной терапии пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне личностных расстройств, повышает эффективность их лечения, влияет на качество и продолжительность ремиссии. Это придает терапевтическому процессу большую индивидуальность, адекватность, последовательность и преемственность.

Структура и объем диссертации

Работа изложена на 191 странице, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, указателя литературы. Диссертация включает в себя 30 таблиц, 9 рисунков и содержит 5 клинических примеров. Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме.

Глава 2 содержит общую характеристику наблюдавшихся пациентов и методов исследования.

В главе 3 описываются:

3.1. Клинические особенности личностных расстройств и формирования алкогольной зависимости у больных с личностными расстройствами возбуждимого круга.

3.2. Клинические особенности личностных расстройств и формирования алкогольной зависимости у больных с неустойчивыми и истерическими личностными расстройствами.

3.3. Клинические особенности личностных расстройств и формирования алкогольной зависимости у больных с личностными расстройствами тормозимого круга.

3.4. Особенности лечения больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне личностных расстройств.

В заключении обсуждаются полученные результаты.

Реализация результатов работы

Результаты проведенных исследований применяются в практической работе клинических отделений психиатрической больницы № 13.

Общая характеристика клинического материала и методов исследования

Для решения поставленных задач проводилось обследование и лечение 120 мужчин с зависимостью от алкоголя, сформированной на фоне различных расстройств личности, проходивших лечение в стационарном отделении ПБ № 13 и в отделении клинической психофармакологии ИИЦ наркологии МЗ РФ (личные наблюдения составили 99 случаев, архивные – 21 случай). В исследование были включены мужчины, в возрасте от 21 до 54 лет (средний возраст – 26,4±3,8 лет). Наследственная отягощенность выявлена у 87,5% больных (105 человек). Наибольший удельный вес занимала отягощенность алкогольной зависимостью по линии отца – 40% (48 человек). Алкогольная зависимость по линии матери встречалась в 6,7% случаев (8 человек). Личностные девиации у отцов пациентов (расстройства личности, психопатические черты) отмечались в 22,5% случаев (27 человек). Алкогольная зависимость во второй линии родства встречалась в 7,5% случаев (9 человек).

У 74,2% обследованных имели место проявления патологии раннего периода развития в виде преобладания гиперкинетических расстройств и сочетанных (комбинированных) форм с присутствием в клинической картине фобий, энуреза, логоневроза, невротических тиков. В пубертатном периоде и позднее у 76,7% больных отмечались различные признаки расторможенности влечений: кражи, бродяжничество, употребление алкоголя и наркотиков,

сексуальная расторможенность. 33,3% (40 человек) пациентов с детского и подросткового возраста состояли на диспансерном учете у психиатра.

Большая часть пациентов воспитывалась в неполных семьях, в основном матерями - 84 человека (70%); воспитывавшиеся в полных семьях составили 36 человек (30%). Большинство – 74,2% пациентов представляли лица, не женатые или разведенные. 61 человек (50,8%) получили среднее и среднее специальное образование, 26 (21,7%) имели высшее и незаконченное высшее образование. 36 пациентов (30%) занимались умственным, физическим, квалифицированным трудом и предпринимательством. 84 (70%) больных были лицами, которые находились на иждивении близких. 36% пациентов (43 человека) до настоящего лечения за стационарной помощью не обращались, 64% больных (77 человек) госпитализировались повторно.

При диагностике зависимости от алкоголя, клинической оценке его симптомов и синдромов, а также стадийности руководствовались «Глоссарием стандартизированных психопатологических симптомов и синдромов для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов» (1976), разработанным сотрудниками Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии имени В.П. Сербского Качаевым А.К., Иванцом Н.Н., Игониным А.Л., Ураковым И.Г., Шумским Н.Г.. Прогрессиентность алкоголизма оценивалась согласно методическим указаниям «Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма» (Ураков И.Г., Качаев А.К., 1976) и критериями Морозова Г.В. и Иванца Н.Н. (1981), критериями для алкогольной зависимости МКБ-10. Диагнозы оформлялись по схеме, рекомендованной Иванцом Н.Н. (1988), Иванцом Н.Н., Савченко Л.Н. (1996) и по критериям МКБ-10.

Средний возраст начала систематического употребления алкоголя пациентов составлял $17,2 \pm 2,3$ лет. Формирование алкоголизма происходило в возрасте $21,4 \pm 2,1$ лет. Длительность настоящего заболевания варьировала от 3-х до 25 лет. При оценке темпа прогрессиентности заболевания у 44% (53 больных) установлен средний, у 56% (67 больных) высокий темп

прогредиентности заболевания. По форме злоупотребления алкоголем больные распределились следующим образом: у 48% (58 больных) - псевдозапойная форма, у 52% (62 больных) – постоянная с высокой толерантностью.

Из исследования исключались больные с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения; больные с сочетанной наркологической патологией; больные с признаками алкогольной деградации; параноидным расстройством личности; тяжелым органическим поражением ЦНС; острыми психотическими расстройствами.

В исследование не включили пациентов с алкогольной зависимостью с параноидным расстройством личности, в связи с тем, что группа таких пациентов малочисленна и редко встречается в клинической практике, также существуют сложности клинического разграничения конституциональных форм с бредовыми состояниями другой этиологии.

Все больные были осмотрены терапевтом. У 9% больных (11 человек) было диагностировано алкогольное поражение сердца. С учетом биохимических данных у 54% больных (65 человек) был диагностирован алкогольный жировой гепатоз, у 10% больных (12 человек) – хронический алкогольный гепатит вне обострения. При необходимости для консультаций привлекались и другие специалисты: неврологи, психологи. Всем больным были проведены необходимые клинко-лабораторные исследования.

В начале исследования на основании типов психических реакций исследуемые пациенты были разделены на 3 группы: возбудимые – 33,3% (40 больных), неустойчивые – 34,2% (41 больной), тормозимые – 32,5% (39 больных). В каждой группе выделены подгруппы в зависимости от преобладания тех или иных характерологических радикалов. Диагностика личностных расстройств проводилась с учетом отечественных классических подходов, так и по МКБ-10.

В работе использовались клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический

методы исследования. Для регистрации полученных клинических данных использовалась оригинальная карта обследования, разработанная на основе карты эпидемиологического исследования больных алкоголизмом (А.К. Качаев, Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин, 1985).

Проявления личностных расстройств дополнительно анализировались с помощью теста ММРІ. При интерпретации профиля ММРІ соблюдался целостный подход: оценивалась общая конфигурация профиля в контексте соотношения шкал достоверности с высотой не только ведущих пиков, но и контрастирующих понижений. Для построения адекватной психотерапевтической стратегии и тактики использовался также и тест Люшера (M.Lüscher, 1960).

Для оценки эффективности и безопасности психофармакотерапии использовались следующие инструменты: шкала Гамильтона, шкалы оценки соматовегетативных и психопатологических проявлений в структуре абстинентного синдрома, постабстинентного состояния и на этапе формирования ремиссии; шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale) (CGIS). Частота побочных действий препаратов регистрировалась в динамике. Количественная оценка тяжести состояния проводилась по 4х-балльной шкале, где 0 – отсутствие симптома, 1 – слабая его выраженность, 2 – умеренная выраженность, 3 – тяжелая выраженность.

Изучение патологического влечения к алкоголю проводилось с помощью шкалы, отражающей психопатологическую структуру данного синдрома (Н.В. Чердиченко, В. Б. Альтшулер, 1992).

Для установления статистической достоверности различий между группами использовались таблицы сопряженности с использованием критерия Хи-квадрат для анализа качественных признаков. Для внутри- и межгруппового анализа клинических отличий использовался U-критерий Манна-Уитни, по эксцессу и ассиметрии достоверность различия оценивали по критерию Стьюдента, при ненормальном распределении выборок – по ранговому критерию Вилкоксона. Критерием достоверности считалось

достижение уровня значимости $p < 0,05$. Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы SPSS 10.0. for Windows; Microsoft Excel 2000 (версия 7.1). Для сравнения относительных величин использовался метод определения средних ошибок.

В случае представления данных в виде $M \pm m$, M – средняя арифметическая простая, m – стандартной ошибке среднего.

При оценке терапевтической эффективности лекарственных препаратов проводилось межгрупповое и внутригрупповое сравнение. Проверялась достоверность изменения каждого параметра (патологическое влечение к алкоголю, аффективные, вегетативные, астенические расстройства, нарушения сна и поведения) с учетом времени и периодичности течения данных расстройств.

Результаты исследования

Особенности формирования зависимости от алкоголя напрямую зависели от особенностей личностной патологии, а также взаимопроникновения и взаимного влияния обоих коморбидных расстройств. У изученных больных прицельно рассматривалась и анализировалась все аспекты клинических проявлений алкогольной зависимости. Максимальное внимание было уделено особенностям возникновения, формирования, проявления, становления и динамики патологического влечения к алкоголю.

Первая группа пациентов (40 человек) представлена больными с возбудимым (26 человек – 65%) и эпилептоидным (14 человек – 35%) расстройством личности (эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип по МКБ-10). Развернутая клиническая картина расстройств личности была сформирована к 17-18 годам, и характеризовалась повышенной возбудимостью, постоянной готовностью к реакциям гнева и раздражения, дисфоричностью, конфликтностью, агрессивностью, двигательными и вегетативными нарушениями. Для пациентов с эпилептоидным расстройством личности характерными, наряду

с повышенной возбудимостью, являлись: вязкая аффективность, педантизм, замедленность и ригидность мышления. В целом ведущими в структуре личности больных этой группы были сниженный контроль над эмоциональными реакциями с повышенной возбудимостью. В 18-20 лет отмечалось усиление расстройств личности, учащение динамических сдвигов. Нарастала дезадаптация из-за зачастую уже сформированной алкогольной зависимости, неуживчивости и частых увольнений с работы, расторжения браков, асоциальных поступков. 9 человек (22,5%) из этой группы имели судимость за хулиганство и нанесение телесных повреждений.

Вторую группу составили пациенты (41 человек) с неустойчивым (25 человек – 61%) и истерическим (16 человек – 39%) расстройством личности (истерическое, эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип по МКБ-10). К возрасту 18-19 лет для больных всей группы было характерно отсутствие стойких эмоциональных привязанностей, неумение прогнозировать и учитывать последствия своих поступков, неспособность планировать заранее, импульсивность и отсутствие самоконтроля, повышенная внушаемость, поверхностность и лабильность эмоциональной сферы, легкость обиды и манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей. У пациентов с неустойчивым расстройством личности уже довольно четко проявлялись эмоционально-волевая неустойчивость с расторможенностью влечений, невозможность реальной оценки жизненных ситуаций, поверхностность суждений, поспешность выводов. Для пациентов с истерическим расстройством личности, помимо всего прочего, было характерно повышенная претенциозность, демонстративность, постоянно неудовлетворенная потребность в признании. К 20 годам расстройства личности у этой группы пациентов отчетливо клинически оформились. Часто наблюдалась декомпенсация личностных расстройств из-за отсутствия признания, конфликтности, частых увольнений с работы, расторжения

браков, асоциальных поступков. 7 человек (17%) из этой группы имели судимость за кражи, сексуально-брачные и финансовые аферы.

Третью группу (39 человек) составили пациенты с психастеническим (17 человек – 43,6%), астеническим (13 человек – 33,3%), шизоидным (9 человек – 23,1%) расстройством личности (зависимое, ананкастическое и шизоидное расстройство личности по МКБ-10). Развернутая клиническая картина расстройств личности у этой группы к 18-19 годам проявлялась следующими симптомами: плохая переносимость физических и психических нагрузок, впечатлительность, ранимость, робость, стеснительность, неуверенность в себе, нерешительность, чувство собственной неполноценности, склонность к сомнениям, застенчивость, желание отгородиться, уединиться. У пациентов с шизоидными расстройствами личности, помимо всего прочего, отмечались еще такие особенности как аутистичность, интровертированность, холодность в отношениях с окружающими, сниженная потребность в контактах с окружающими.

В результате исследования выявлено, что темп формирования алкогольной зависимости у больных первой группы (расстройства личности возбудимого круга) стремительный. У больных второй группы (неустойчивые и истерические расстройства личности) развитие алкогольной зависимости быстрое, но не столь стремительное, как у пациентов первой группы. Пациенты третьей группы (расстройства личности тормозимого круга) характеризовались более медленным темпом формирования алкогольной зависимости, по сравнению с другими группами.

Патологическое влечение к алкоголю, являющееся стержневым расстройством в структуре алкогольной зависимости, по своим проявлениям также отличалось у пациентов разных групп. У больных первой группы оно было интенсивное, генерализованное с проявлениями пароксизмальности. В структуре патологического влечения к алкоголю ведущим был поведенческий компонент. Это выражалось в том, что пациенты были конфликтны, грубы, проявляли недовольство режимом отделения,

придумывали всевозможные поводы для выписки, требовали от родственников по телефону немедленно забрать их, ссылались на плохие условия в больнице, грубость медицинского персонала и уже их хорошее самочувствие.

Вторая группа пациентов характеризовалась менее интенсивным (по сравнению с первой группой) патологическим влечением к алкоголю. Оно носило преимущественно генерализованный характер (2/3 больных). В структуре патологического влечения к алкоголю преобладал идеаторный компонент. В беседе с врачом больные постоянно возвращались к алкогольной тематике, однако на прямой вопрос о наличии желания выпить отвечали категорическим отказом. Разговор на любую тему переводили на разговоры о спиртном, создавали системы «алкогольных алиби».

В третьей группе проявления патологического влечения к алкоголю еще менее интенсивные по сравнению с первой и второй группой. Клинически оно выражалась преимущественно парциальной формой (2/3 больных). В структуре патологического влечения к алкоголю в третьей группе ведущим был аффективный компонент. Он характеризовался снижением настроения с чувством тоски, тревоги, рассеянностью, забывчивостью, невозможностью сосредоточиться на каком-либо вопросе. Максимально выраженный субдепрессивный фон отмечался в вечернее время, с утра чувствовали себя лучше. Отмечалась безынициативность, отсутствие желания с кем-то общаться, отсутствие интереса к текущим делам, работе. По своей инициативе больные не вступали в контакт с врачом. Это все сопровождалось внутренним беспокойством, напряжением, ощущением надвигающихся неприятностей. Внешне выглядели печальными, говорили о желании лечиться, но, находясь в отделении, самостоятельно обращались за помощью реже, чем пациенты других групп.

Отмечались различия и в клинической картине алкогольного абстинентного синдрома у выделенных групп больных. В первой группе в структуре алкогольного абстинентного синдрома преобладали

психопатологические расстройства над соматовегетативными и неврологическими. Тяжесть алкогольного абстинентного синдрома определялась дисфорическими и поведенческими нарушениями. Вторая группа больных показала преобладание в структуре алкогольного абстинентного синдрома аффективных расстройств, ярко выраженных истерических проявлений, нередко с суицидальным шантажным поведением. В третьей группе в структуре алкогольного абстинентного синдрома доминировали аффективные и вегетативные расстройства, сопровождающиеся тревогой, страхами, идеями самообвинения. Во всех группах больных алкогольный абстинентный синдром сопровождался выраженными инсомническими расстройствами, представленными во всем их полиморфизме.

Сменяющее алкогольный абстинентный синдром постабстинентное состояние также имело свои особенности у различных групп больных. У больных первой группы этот клинический период проявлялся преимущественно патологическим влечением к алкоголю, которое и определяло поведение больных. Во второй группе, помимо патологического влечения к алкоголю отмечались достаточно выраженные личностные расстройства и явления психического инфантилизма. У больных третьей группы патологическое влечение к алкоголю было менее выражено, а на передний план выступали аффективно-идеаторные расстройства, исходящие из структуры личности.

Актуализация патологического влечения к алкоголю у больных в ремиссии также имело свои особенности. В первой группе патологическое влечение к алкоголю возникало аутохтонно и тесно связано с аффективными фазами личностных расстройств. Во второй группе актуализация патологического влечения к алкоголю происходила преимущественно ситуационно, чему в значительной мере способствовали явления психического инфантилизма. В третьей группе актуализация патологического влечения к алкоголю возникала как аутохтонно, так и

психогенно, сопровождается аффективными расстройствами с борьбой мотивов.

В результате исследования у всех больных выявлены в той или иной степени выраженности явления психического инфантилизма. Эти явления также были неодинаковы у больных с различными личностными расстройствами. Психический инфантилизм в первой группе больных утяжелял личностные расстройства, способствовал снижению критики к заболеванию, затруднял проведение лечебных и реабилитационных мероприятий. У больных второй группы инфантилизм входил в структуру личностных расстройств и с течением алкогольной зависимости клинически доминировал. У пациентов третьей группы инфантилизм был менее выражен, но отличался стойкостью и делал личность интолерантной к стрессам, тем самым, утяжеляя течение алкогольной зависимости.

Влияние алкогольной зависимости на личностные расстройства у больных разных групп было следующим. В первой группе происходило «застывание» личностных расстройств, быстрое нарастание эмоционально-волевых изменений. У больных второй группы происходило нивелирование личностной дифференциации с довольно быстрым нарастанием явлений морально-этического снижения. В третьей группе алкогольная зависимость привносила новые, несвойственные личности черты, такие как истероформные проявления и деструктивные тенденции. Социальное снижение у больных этой группы менее выражено по сравнению с пациентами других групп.

Выбор терапии для той или иной группы осуществлялся на основании ведущих психопатологических проявлений, обусловленных сочетанием алкогольной зависимости и личностных расстройств. При построении лечебных программ учитывались основные принципы терапии наркологических заболеваний: комплексность, патогенетическая обоснованность, дифференцированность, максимальная индивидуализация. В качестве основных задач терапии были определены следующие: 1 –

купирование алкогольного абстинентного синдрома; 2 – купирование патологического влечения к алкоголю; 3 – поддерживающая терапия, направленная на формирование стабильных ремиссий.

При терапии пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне различных расстройств личности необходимо воздействовать не только на проявления алкогольной зависимости, но и на психопатологические проявления расстройств личности.

Препаратами выбора при терапии алкогольного абстинентного синдрома у пациентов первой группы в первую очередь являлись антиконвульсанты. Использовали карбамазепин, ламотриджин, вальпроат натрия. Также в первой группе пациентов требовалось назначение транквилизаторов в более высоких терапевтических дозах по сравнению с больными других групп. В связи с одновременным наличием в алкогольном абстинентном синдроме аффективных нарушений и истерических расстройств во второй группе, отдавалось предпочтение антиконвульсантам с выраженным нормотимическим действием. Назначались карбамазепин, ламотриджин. Также применялся нейролептик неуплептил – корректор поведения.

В третьей группе в связи с яркой выраженностью аффективных расстройств депрессивного спектра уже в алкогольном абстинентном синдроме назначались антидепрессанты преимущественно сбалансированного действия. Использовались циталопрам, пиразидол, моклобемид, мirtазапин.

В структуре патологического влечения к алкоголю в первой группе преобладали поведенческие расстройства. Эта особенность обуславливала включение в терапевтические схемы нейролептиков. Использовались: аминазин, трифтазин, галоперидол, этаперазин, зуклопентиксол, неуплептил. У этой группы больных наиболее результативным в постабстинентном состоянии было сочетание применения антиконвульсантов и нейролептиков.

В случаях генерализованной формы патологического влечения к алкоголю с сенсорными расстройствами назначался галоперидол.

Во второй группе в структуре патологического влечения к алкоголю преобладал идеаторный компонент, что обуславливало применение нейролептиков с выраженным воздействием на интеллектуально-идеаторную сферу. Назначался этаперазин, трифтазин. Одновременно с этим пациенты получали антиконвульсанты с нормотимическим действием, что повышало эффективность купирования патологического влечения к алкоголю.

В третьей группе в структуре патологического влечения к алкоголю наиболее ярко был выражен аффективный компонент, который проявлялся пониженным настроением, тревогой, тоской. В связи с этим в терапии использовались антидепрессанты преимущественно сбалансированного действия, а также стимулирующего. Использовались циталопрам, пиразидол, моклобемид, миртазапин, мелипрамин. В случае генерализованных форм патологического влечения к алкоголю с высокой интенсивностью, в лечение добавлялись нейролептики.

Больным после выписки из стационара назначалась поддерживающая противорецидивная терапия. Учитывая коморбидность алкогольной зависимости с личностными расстройствами и в соответствии с этим большой риск рецидивирования алкогольной зависимости, всем больным без учета типа личностных расстройств назначались курсы дисульфирам содержащих препаратов (тетурам, лидевин, эспераль).

Дифференцированное лечение после выписки из стационара было следующим. В первой группе – комплексное назначение антиконвульсантов и нейролептиков пролонгированного действия. Дозы препаратов подбирались индивидуально. На этапе формирования ремиссии успешным было использование пролонгированных форм нейролептиков (модитен депо, пипортил, галоперидол-деканоат, зуклопентиксол-депо).

Во второй группе пациенты продолжали принимать нейролептики, действующие преимущественно на идеаторный компонент патологического

влечения к алкоголю в меньших дозировках, чем в постабстинентном состоянии.

В третьей группе предупреждение обострений патологического влечения к алкоголю достигалась путем коррекции аффективных нарушений с использованием антидепрессантов.

В результате проведенного исследования были выделены и описаны преобладающие механизмы патологических психологических защит у пациентов с зависимостью от алкоголя с коморбидной личностной патологией. При работе с психологическими защитами тот или иной психотерапевтический подход зависел в большей степени от личностных расстройств больного.

При психотерапевтической работе с защитными механизмами больных были выработаны следующие общие правила:

1. Выявление у больного механизмов психологической защиты, способствующих развитию зависимости от алкоголя, а также мешающих формированию полноценной ремиссии, ведя к срыву (рецидиву).

2. Постепенная, пошаговая проработка выявленных защитных механизмов и доведение их до сознания пациента.

3. Отработка приемов адекватного преодоления защитного реагирования и выработка приемов альтернативного поведения, направленного на отказ от приема алкоголя.

Использованные подходы к терапии больных позволили получить ремиссию больше года у 67% (80 человек). Сравнительный анализ прошлых ремиссий с полученными результатами подтверждает высокую эффективность используемой программы лечения.

Различия в средней продолжительности ремиссии до и после лечения являлись статистически достоверными для всех трех групп ($p < 0,001$ для всех трех групп).

Выводы.

1. Патологическое влечение к алкоголю у больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности, различно по психопатологической структуре. У больных с расстройствами личности возбудимого круга превалирует поведенческий компонент; у пациентов с тормозимыми расстройствами личности – аффективный компонент; у неустойчивых – идеаторный.

2. В алкогольном абстинентном синдроме у пациентов с личностными расстройствами возбудимого круга преобладают поведенческие и дисфорические расстройства; у больных с неустойчивыми личностными расстройствами – аффективные нарушения с ярко выраженными истероформными проявлениями и суицидальным шантажным поведением; у больных с тормозимыми личностными расстройствами – доминируют аффективные нарушения с преобладанием тревоги.

3. Актуализация патологического влечения к алкоголю в ремиссии у пациентов с возбудимыми расстройствами личности возникает преимущественно аутохтонно, тесно связано с фазами личностных расстройств. У пациентов с неустойчивыми расстройствами личности – преимущественно ситуационно, чему способствуют явления психического инфантилизма. У пациентов с тормозимыми расстройствами личности – как аутохтонно, так и психогенно, аффективные расстройства сопровождаются борьбой мотивов.

4. У пациентов всех групп присутствовали черты психического инфантилизма. У больных с возбудимыми расстройствами личности психический инфантилизм способствовал усугублению личностных расстройств, снижал критику к заболеванию, затруднял проведение лечебных и реабилитационных мероприятий. У пациентов с неустойчивыми расстройствами личности – входил в структуру личностных расстройств и с

течением алкогольной зависимости клинически доминировал. У пациентов с тормозимыми расстройствами личности – клинически был менее выражен, но отличался стойкостью и делал личность интолерантной к стрессам, утяжелял течение алкогольной зависимости.

5. Динамика личностных расстройств у больных с алкогольной зависимостью и коморбидной личностной патологией заключалась в следующем. В группе возбудимых происходило «застывание» личностных расстройств, быстрое нарастание эмоционально-волевых изменений. В группе неустойчивых – нивелировалась личностная дифференциация с быстрым нарастанием морально-этического снижения. В группе тормозимых появлялись факультативные черты: деструктивные тенденции, истероформные реакции.

6. Разработаны дифференцированные комплексные программы лечения для различных групп больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности. Определена стратегия выбора той или иной группы психотропных препаратов в зависимости от этапа алкогольной зависимости. Разработан алгоритм проведения психотерапии с учетом ведущих психологических защит у различных групп больных.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Мищенко Л.В. Особенности лечения больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности // Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии: Сб. научных трудов межрегиональной научно-практической конференции (Рязань, 2004) / Под ред. Ю.Ю. Бяловского. – Рязань, 2004. – С. 148-152.
2. Агибалова Т.В., Мищенко Л.В. Особенности лечения больных алкогольной зависимостью с коморбидной личностной патологией // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции. – Москва, 5-7 октября, 2004. – с. 287.
3. Винникова М.А., Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Мищенко Л.В. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования. // Психиатрия и психофармакотерапия. – Т.6. – 2004. – №5. – С. 245-248.
4. Бузик О.Ж., Агибалова Т.В., Сизоненко Е.В., Мищенко Л.В. Механизмы психологической защиты у больных с алкогольной зависимостью и коморбидной личностной патологией // Личность в современных исследованиях. Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы развития личности». Выпуск 7. – Рязань – С. 187-190.

Отпечатано в ООО «Компания Спутник+»

ПД № 1-00007 от 25.09.2000 г.

Подписано в печать 01.08.05

Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1,38

Печать авторефератов (095) 730-47-74, 778-45-60

№ 1 4 4 6 5

РНБ Русский фонд

2006-4

10330