

*На правах рукописи*



**ИНДИН АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ**

**АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С  
КОМОРБИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ  
(ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА)**

**14.00.18 – ПСИХИАТРИЯ**

**14.00.45 – НАРКОЛОГИЯ**

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

02 АПР 2009

**Москва - 2009**

Диссертация выполнена в Федеральном государственном учреждении «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук, профессор  
доктор медицинских наук, профессор

Дмитриев Андрей Сергеевич  
Игонин Андрей Леонидович

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор  
доктор медицинских наук, профессор

Альтшуллер Владимир Борисович  
Джангильдин Юрий Тангирович

**Ведущее учреждение:** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет»

Защита диссертации состоится «21» апреля 2009 г. в 12<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 в Федеральном государственном учреждении «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 119991, Москва, Кротоцкий пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Федерального государственного учреждения «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан «  » \_\_\_\_\_ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук

И.Н. Вишикова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Несмотря на резкий рост в последние полтора десятилетия числа случаев зависимости от новых видов психоактивных веществ (ПАВ), алкоголизм остается в нашей стране доминирующей формой наркологических заболеваний. Показатель учтенной распространенности алкоголизма в РФ был в 2007г. почти на порядок выше, чем наркоманий (1593 на 100 тыс. против 250). Агрессивные действия, связанные с проявлениями зависимости от ПАВ, в большинстве случаев совершаются именно больными алкоголизмом (Клименко Т.В., Агафонова С.С., 2007).

Единого мнения о причинах агрессивного поведения пациентов с алкоголизмом до настоящего времени нет. Так, ряд исследователей (МакДональд Д. и др., 1998) считает, что агрессия данных пациентов связана с воздействием алкоголя на головной мозг, другие (Энтин Г.М., Гофман А.Г. и др., 2002) – объясняют ее изменениями картины опьянения, характерными для алкоголизма. По мнению Ф.С.Кондратьева и др. (1981), Ю.М.Антояна (2000), Т.Б.Дмитриевой и др. (2000), агрессивные действия при алкогольном опьянении обусловлены воздействием неблагоприятных ситуационных факторов. Некоторые авторы (Альтшулер В.Б., 2002; Чирко В.В., Дроздова Э.С., 2002) рассматривают наличие и выраженность агрессивных проявлений в зависимости от «почвы» (патологическая структура личности, последствия перенесенных черепно-мозговых травм), на которую воздействует алкоголь, что приводит к формированию измененных форм опьянения.

По данным И.В.Бойкого, А.П.Лапина (1987), агрессивные поступки больных алкоголизмом связаны с абстинентным синдромом. С точки зрения В.Б.Альтшулера (2002), большинство агрессивных действий совершается пациентами в моменты обострения влечения к алкоголю, эмоциональная составляющая которого наиболее часто представлена дисфорическими расстройствами разной степени выраженности: от ворчливости, недовольства, угрюмости до напряженности, взрывчатости. Агрессивное поведение рассматривается и как проявление психопатоподобного синдрома, часто разви-

вающегося у больных алкоголизмом даже при отсутствии преморбидных расстройств личности (Шабанов П.Д., 2002).

Отсутствие единой точки зрения на механизмы формирования агрессивных форм поведения у больных алкоголизмом, роль коморбидной личностной патологии препятствует разработке схем лечения, позволяющих корректировать поведенческие нарушения у данных пациентов. Между тем, медицинские мероприятия такого рода могли бы дополнить и заметно повысить эффективность профилактических, организационных, информационно-просветительских и иных форм помощи, направленных на уменьшение социальных последствий злоупотребления алкоголем (Дмитриева Т.Б. и др., 2005).

### **Цель исследования**

Изучить агрессивное поведение больных алкоголизмом, установить механизмы его формирования с учетом психопатологической почвы, включающей коморбидные проявления и разработать на этой основе лечебно-реабилитационные мероприятия для данного контингента больных.

### **Задачи исследования**

1. Определить преморбидные личностные, клинические и социальные факторы, способствующие формированию агрессивного поведения больных алкоголизмом.
2. Установить влияние преморбидных личностных особенностей, деформации эмоционально-волевой сферы и характера социальной адаптации на уровень агрессивности больных алкоголизмом по данным психолого-психиатрического исследования.
3. Выявить взаимосвязь между агрессивным поведением больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания.
4. Оценить влияние коморбидной личностной патологии непсихотического уровня на характер проявлений агрессивного поведения больных алкоголизмом.

5. Разработать комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для данного контингента больных алкоголизмом с учетом коморбидной личностной патологии.

### **Научная новизна**

Впервые проведено комплексное (клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое, катамнестическое) исследование агрессивного поведения (некриминального уровня) у больных алкоголизмом с коморбидной личностной патологией. Установлено, что условия формирования паттернов агрессивного поведения у таких пациентов определяются как преморбидными личностными особенностями, так и степенью выраженности деформации эмоционально-волевой сферы под влиянием алкогольной зависимости. Впервые описана динамика проявлений некриминальной агрессии в процессе формирования и прогрессирования зависимости от алкоголя. Получены новые данные, касающиеся взаимосвязи между агрессивным поведением больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания. По данным психолого-психиатрического исследования установлено влияние преморбидных особенностей, деформации личности и других проявлений алкоголизма на уровень социальной адаптации пациентов и взаимосвязь с агрессивным поведением больных алкоголизмом. Впервые предложены и научно обоснованы дифференцированные медикаментозные и психотерапевтические подходы к коррекции агрессивного поведения больных алкоголизмом с различными вариантами расстройств личности.

### **Практическая значимость**

Полученные данные об условиях формирования агрессивных тенденций у больных алкоголизмом с коморбидной личностной патологией позволяют выявить различия в механизмах реализации агрессивных форм поведения в зависимости от варианта расстройства личности, что позволяет повысить эффективность, как диагностических, так и лечебно-профилактических мероприятий. Доказана необходимость комплексного психолого-психиатрического подхода при оказании лечебно-реабилитационной помощи

больным алкоголизмом с коморбидной личностной патологией. Предложенные дифференцированные медикаментозные и психотерапевтические схемы позволяют добиться более устойчивых и качественных ремиссий, снизить уровень общей агрессивности и повысить степень социальной адаптации таких больных, что в целом способствует предупреждению развития отрицательных социальных последствий алкоголизма в рамках вторичной и третичной его профилактики.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертационного исследования доложены на Проблемном совете по клинической и социальной психиатрии ФГУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского». По материалам исследования опубликовано 5 печатных работы, из них 4 в рецензируемых ВАК журналах.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты исследования внедрены в практику лечебно-реабилитационной работы Московской клинической наркологической больницы №17, Московской клинической психиатрической больницы №1 им. Н.А.Алексеева, используются в педагогическом процессе на кафедре социальной и судебной психиатрии ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова.

### **Структура и объем диссертации**

Работа изложена на 298 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, указателя литературы, включающего 130 наименований (107 отечественных и 23 зарубежных источников). Диссертация иллюстрирована 21 таблицей, 20 рисунками и содержит 3 клинических примера.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. На формирование агрессивных паттернов поведения больных алкоголизмом с коморбидной личностной патологией влияет комплекс биологических, преморбидно-личностных, социальных и клинических факторов.
2. Алкогольная зависимость усугубляет динамику расстройств личности, за счет нивелировки тех особенностей, которые ранее способствовали ком-

пенсации состояния, и усиления черт, определяющих социальную дезадаптацию больного, что в свою очередь утяжеляет алкогольную зависимость и повышает уровень агрессии.

3. Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, способствующих снижению уровня агрессивности у больных алкоголизмом с коморбидной личностной патологией определяется комплексностью (медикаментозное и психотерапевтическое воздействие) и дифференцированностью подхода.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследован 131 больной алкоголизмом\* (мужчины), находившиеся на лечении в Наркологической клинической больнице № 17 г. Москвы в 2006-2007 гг. Отбор пациентов проводился с учетом критериев включения: сформированный синдром зависимости от алкоголя; наличие агрессивных форм поведения, а также совершение административного правонарушения\*\* и исключения: наличие еще до развития зависимости клинических признаков психотических расстройств любой этиологии; эпилепсии; текущих органических психических расстройств, тяжелой сомато-эндокринной патологии.

Средний возраст больных составил  $40 \pm 1,12$  лет. 78,6% случаев пришлось на возрастную группу от 25 до 50 лет. К моменту обследования средняя длительность систематической алкоголизации составляла  $17,5 \pm 1,24$  лет (минимум – 3 года, максимум – 35 лет). У 91,6% пациентов была диагностирована средняя (2) стадия алкоголизма, у 8,4% – переходная (2-3).

Деление больных на группы проводилось в зависимости от наличия и характера расстройств личности в преморбиде, либо их отсутствия. В основные группы включались больные, у которых еще до развития алкогольной зависимости имелось расстройство зрелой личности и поведения (F60 по

---

\* код в соответствии с МКБ-10 – F10.2

\*\* привлечение к административной ответственности по статьям 7.17 (уничтожение или повреждение чужого имущества), 7.27 (мелкие хищения) и 20.1 (мелкое хулиганство) КоАП РФ рассматривалось в качестве объективного критерия проявляемой больными агрессии.

МКБ-10), соответствующие (по классификации В.Б.Шостаковича (1971)) типам:

**1 группа** – возбудимому – 50 человек, из них эксплозивных – 26 (F 60.3), эпилептоидных – 12 (F 60.3), истеро-возбудимых – 12 (F 60.4)

**2 группа** – тормозимому – 47 человек, из них астеников – 19 (F 60.7); неустойчивых с астеническими чертами – 20 (F 60.7); сенситивных шизоидов – 8 (F 60.1))

**Контрольная (3) группа** – 34 пациента преморбидно условно-гармоничного типа.

В работе использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический\*, катамнестический, клинико-статистический методы исследования. Полученные данные заносились в специально разработанную карту, отражавшую преморбидные характеристики, особенности воспитания, социальный статус в динамике и клиническую картину алкоголизма. Из психологических методик применялись: 16-факторный личностный опросник Кеттелла; методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (в адаптации Е.Ф.Бажина и др.); «Тест руки» Э.Вагнера. Средняя длительность катамнестического наблюдения составила  $1,12 \pm 0,17$  год.

Для определения эффективности предложенных в работе схем лечения дополнительно набиралась **сравнительная группа** – 40 больных алкоголизмом, у которых применялись терапевтические подходы, в соответствии с ныне действующими стандартами лечения (В.Б.Альтшулер и др., 1998). Данные пациенты были отобраны в соответствии с указанными выше критериями включения/исключения, по своим клинико-анамнестическим, социальным характеристикам они были сопоставимы с больными основных и контрольной групп. Сравнительная оценка результатов лечения проводилась путем динамического клинического наблюдения, для объективизации данных применялась шкала «Общего клинического впечатления» (CGI).

---

\* экспериментально-психологическое обследование больных проводилось с участием психолога отделения Сорокиной Н.Ю.



Уровень агрессии обследованных больных определялся по предложенной нами классификации степени общей агрессивности, основанной на работах Т.Б.Дмитриевой и др. (1992), Ф.С.Сафуанова (1992), И.А.Кудрявцева и др. (2002), Л.М.Барденштейна, Ю.Б.Можгинского (2003).

Выделялись три степени выраженности агрессии. Для пациентов с *высокой степенью общей агрессивности* были характерны стабильные проявления агрессии во всех возрастных периодах, преимущественно физически-деструктивный и вербальный способы ее проявления, спонтанность возникновения агрессивных паттернов поведения, как правило, прямая направленность агрессии, объектами которой являлись как лица ближайшего окружения, так и малознакомые люди.

При *средней степени общей агрессивности* возникновение эпизодических проявлений агрессии обычно совпадало с началом злоупотребления алкоголем. На фоне сформированного алкоголизма агрессивные проявления принимали стойкий характер. Преобладал вербальный способ выражения агрессии\*, физически-деструктивные формы были единичными, наблюдались лишь в состоянии выраженного алкогольного опьянения. В равной степени присутствовали смещенные и косвенные, спонтанные и спровоцированные агрессивные действия.

У пациентов с *низкой степенью общей агрессивности* начальные проявления агрессии возникали лишь на этапе развернутого алкоголизма. Преобладала скрытая агрессия в виде мыслей, фантазий, пассивного противодействия принятым нормам поведения. Физически-деструктивные агрессивные действия совершались достаточно редко. Наибольший удельный вес занимали смещенные и косвенные агрессивные реакции, направленные в основном на родителей, членов семьи, иногда – сослуживцев. По механизму возникновения значительно преобладала спровоцированная агрессия.

---

\* В настоящей работе используется также описание скрытых форм агрессии Л.М.Барденштейна и Ю.Б.Можгинского (2003) и ряда других авторов. При смещенной форме агрессивные действия переносятся с основного объекта неприязни (источника фрустрации) на каких-либо других лиц или неодушевленные предметы. При косвенной агрессии такого рода действия носят замаскированный характер.

Полученные данные (как клинические, так и психологические) обрабатывались статистически – с помощью дисперсионного и корреляционного анализа, использовались: таблицы сопряженности, определение частот появления признака в группах, критерий Стьюдента, коэффициент корреляции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенный сравнительный анализ клинико-социальных, преморбидно-личностных характеристик больных в исследуемых группах показал, что наследственность была отягощена алкоголизмом у 55,7% пациентов, в большинстве наблюдений (46,5%) по отцовской линии, существенно реже (7,6%) – по материнской. Алкоголизмом страдали оба родителя в 1,5% наблюдений. Расстройства личности у ближайших родственников встречались в 9,9% случаев, эндогенные психические расстройства – в 4,6%.

Ранний период развития обследованных больных отличался значительным влиянием биологических вредностей, в частности перинатальной патологии (у 58,0% больных 1 группы, 40,4,% – 2 и 8,8% – 3 ( $p < 0,05$ )).

Условия воспитания в семье были неоднородными, более половины больных 1 (58,0%) и 2 (51,0%) группы, а также треть пациентов 3 группы (32,4%) росли в дисгармоничных семьях. В большинстве наблюдений отношение родителей характеризовалось либо гипоопекой отца (44,0% случаев в 1 группе, 53,3% – во 2 и 29,4% – в 3), либо гиперопекой матери (38,0% наблюдений в 1 группе, 63,8% – во 2 и 47,1% – в 3), часто в сочетании с жесткостью родителей (50% случаев в 1 группе, 29,8% – во 2 и 29,4% – в 3). При этом пятая часть всех больных (18,3%) с детства отличалась агрессивностью, а в возрасте 11-14 лет ее проявления отмечались у 78,0% лиц 1 группы, у 34,0% – 2 и у 44,1% – 3 ( $p < 0,05$ ).

У большинства больных 1 и 2 групп с детства отмечались патохарактерологические особенности. В 1 группе достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) проявлялись импульсивность в поступках и гиперактивность. По частоте встречаемости аффективной лабильности, наряду с тревожностью лидировала группа с личностным расстройством тормозимого типа (2 группа). В 3 группе дан-

ные явления встречались лишь в 11,8% случаев. Патохарактерологические особенности, как правило, усиливались в пубертатном периоде (15-17 лет). У большинства больных 1 и 2 групп в этом возрасте отмечались значительные нарушения в эмоционально-волевой и поведенческой сферах, достигающие степени патологического пубертатного криза (98,0% случаев в 1 группе и 78,7% – во 2). В 3 группе таких наблюдений не отмечено.

При оценке этапа *формирования алкоголизма*, следует отметить, что более часто больные начинали употреблять спиртные напитки в возрасте до 15 лет (70,0% случаев в 1 группе, 59,6% – во 2 и 47,1% – в 3). На интервал 15-20 лет приходились первые пробы алкоголя у 30,0% больных 1 группы, у 40,4% – 2 и у 50,0% – 3. Лишь один пациент (он относился к 3 группе) начал употреблять спиртные напитки в возрасте старше 20 лет.

Длительность злоупотребления алкогольными напитками до появления первых признаков зависимости составляла в среднем  $38,4 \pm 0,98$  месяцев в 1 группе,  $42,9 \pm 1,01$  – во 2 и  $69,5 \pm 1,13$  – в 3). Продолжительность первой стадии алкоголизма была в среднем  $2,5 \pm 0,08$  лет в 1 группе,  $3,8 \pm 0,09$  – во 2 и  $5,2 \pm 0,11$  – в 3. Прогрессиентность заболевания была наиболее высокой также в 1 группе, несколько ниже во 2. В 3 группе преобладало среднепрогрессиентное течение алкогольной зависимости.

На этапе *развернутого алкоголизма\** в 1 группе компульсивное патологическое влечение отмечалось в три раза чаще, чем обсессивное (76,0% и 24,0% ( $p < 0,05$ )), тогда как во 2 и 3 группах данное соотношение было практически равным (соответственно, в 58,3% и 41,7%; в 51,6% и 48,4% случаев). Универсальным аффективным компонентом первичного патологического влечения во всех группах было сниженное настроение с ранними пробуждениями, ослаблением жизненного тонуса в утренние часы, остальные компоненты существенно отличались в группах. Ведущим аффективным симптомокомплексом обострения патологического влечения к алкоголю у больных

---

\* сформированная 2 стадия болезни и переходная 2-3 стадия, по классификации А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой (1973)

1 группы являлась дисфорическая субдепрессия (сниженное настроение проявлялось в 76% случаев, раздражительность – в 70,0%, тревога – в 62,0%). Во 2 группе определяющими выступали тревожная или апатическая субдепрессия (тревога наблюдалась в 66,7% случаев, ощущение усталости – в 58,3%, угнетенность – в 54,2%, апатия – в 37,5%). В 3 группе аффективная симптоматика обострений первичного патологического влечения к алкоголю часто сопровождалась повышенным настроением, переоценкой собственных возможностей, гневливостью.

При реализации патологического влечения к алкоголю агрессивность проявлялась в поведении у подавляющего большинства (98,0%) пациентов 1 группы, несколько реже – у больных 2 и 3 групп (42,6% и 38,2%). Агрессивное поведение в этот период часто носило инструментальный характер, т.е. было средством немедленно добиться желаемого и выражалось в грубом противодействии любым попыткам помешать употреблению алкогольных напитков. Обычно агрессия выражалась в виде вербальных проявлений, но в ряде случаев и в физической форме. Физические действия в состоянии обострения патологического влечения к алкоголю предпринимали 64,0% больных 1 группы, 14,9% – 2 и 32,5% – 3 ( $p < 0,05$ ).

*Алкогольное опьянение* во второй стадии алкоголизма в большинстве случаев имело измененный характер (92,0%, 70,2%, 67,6% соответственно по группам). Именно в данном состоянии агрессивные действия проявлялись чаще и носили наиболее тяжелый физически-деструктивный характер (84,0% случаев в 1 группе, 44,7% – во 2 и 41,2% – в 3 ( $p < 0,05$ )). Агрессия была направлена в подавляющем большинстве наблюдений прямо на реального обидчика (100%, 87,2%, 97,0% наблюдений соответственно). Часто поступки такого рода были не мотивированы или слабо мотивированы. В смещенной и косвенной формах агрессивное поведение проявлялось только во 2 группе (12,8% случаев).

Агрессивные действия, совершаемые *в абстинентном состоянии*, прямо коррелировали с типом психопатологических проявлений и выраженно-

стью патологического влечения к алкоголю и отмечались в той или иной степени у всех больных 1 группы, у большинства (69,7%) пациентов 3 и у относительно небольшой части (19,4%) 2 группы. Агрессия обычно носила инструментальный характер, то есть преследовала цель получения алкогольных напитков или денег для их приобретения. Агрессивные тенденции проявлялись в основном в вербальной форме, в то время как физически-деструктивные действия были характерны лишь для 14,0% больных 1 группы и 8,8% – 3.

Под влиянием алкоголизма у всех обследованных больных происходила *деформация личности*. При этом у пациентов с расстройством личности (1 и 2 группы) отмечалась нивелировка тех личностных черт, которые ранее способствовали компенсации их психического состояния, усугубление проявлений, лежащих в основе проявлений социальной дезадаптации, а также появление новых отклонений (аффективных, поведенческих, неврозоподобных и признаков морально-этического снижения). У больных условно-гармоничного склада в преморбиде (3 группа) наблюдались лишь признаки алкогольных изменений личности.

Выраженность аффективной патологии была самой высокой в 1 группе: соотношение умеренно и резко выраженных аффективных расстройств составляло 28,0% и 72,0%, во 2 группе оно было примерно равным – 46,8% и 53,2%, в 3 группе преобладала умеренная выраженность данной патологии – 82,4% и 17,6% ( $p < 0,05$ ). Нарушения поведения наиболее заметными были также в 1 группе: в 14,0% случаев расценивались как умеренно выраженные и в 86,0% – как резко выраженные, во 2 и 3 группах соотношение было иным: 46,8% и 53,2%, 82,4% и 17,6% соответственно. Неврозоподобные расстройства встречались у 56% пациентов 1 группы, 97,9% – 2 и 93,9% – 3, при этом резко выраженная симптоматика наблюдалась преимущественно во 2 группе. Для большинства обследованных больных было характерно пренебрежение морально-этическими нормами поведения, так, оно наблюдалось у всех больных 1, 96,8% – 2 и 75,5% – 3 группы.

Указанные признаки алкогольной деформации личности существенно повышали риск ситуационной агрессии больных, которая проявлялась даже вне острых и подострых состояний (опьянение, абстинентный синдром, резкое обострение патологического влечения к алкоголю). Пациенты неверно оценивали складывающуюся ситуацию, неправомерно считали, что она является для них обидной, чрезмерно бурно реагировали на происходящие события, в том числе в форме агрессии. Такого рода реакции не были, однако, brutальными и редко сопровождались физически-деструктивным поведением (исключение составляли некоторые больные 1 группы).

Изучение общей агрессивности больных на этапе развернутой картины заболевания показало, что у больных 1 группы она была чаще высокой (76,0% случаев) и средней (24,0%), а низкая – отсутствовала, во 2 группе преобладали низкая (53,2%) и средняя (40,4%) степень, высокая отмечалась лишь в 6,4% случаев, а в 3 группе в порядке убывания встречались средняя (64,7%), высокая (23,5%) и низкая (11,8%) степень. То есть, выраженность агрессивности возрастала от лиц с расстройствами личности тормозимого круга к пациентам условно-гармоничным в преморбиде и была наиболее высокой у больных с личностным расстройством возбуждимого типа.

*Отклонения от нормального социального функционирования* имелись у всех обследованных больных. Так, до алкогольной зависимости сложности, связанные с неправильным поведением на работе, отмечены у 70,6% 1 группы, 27,7% – 2 и только у 2,9% – 3. На фоне сформировавшегося алкоголизма конфликты на рабочем месте разной степени тяжести отметили практически все больные (за исключением 5,8% лиц 3 группы). Но если в 1 группе преобладали частые и тяжелые конфликты над легкими и редкими (80,0% и 20,0% соответственно), то у пациентов 2 и 3 групп соотношение было прямо противоположное. Характер семейных отношений до развития алкоголизма ретроспективно оценивался больными и их родственниками как в целом благополучный более чем в половине случаев (55,2%) от всех, кто состоял в браке. При развитии алкоголизма в семейных взаимоотношениях произошли значи-

тельные изменения к худшему, что проявлялось учащением конфликтов, которые отмечались у 90% больных 1 группы, 91,3% - 2 и 77,8% - 3.

Проведенное *исследование индивидуально-психологических особенностей* больных в группах позволило определить комплекс общих характеристик, свидетельствующих о деформации эмоционально-волевой сферы. Эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность, подозрительность, недоверчивость и стремление переложить вину за происходящее на окружающих существенно снижают ресурсы к успешной социальной адаптации, что препятствует самостоятельному преодолению склонности к злоупотреблению спиртным за счет недостаточности регуляторных возможностей и контролирующих функций, искажают объективность восприятия различных ситуаций. Именно наличие нарушений в эмоционально-волевой сфере, специфика системы отношений и самоотношения провоцируют легкость возникновения и реализации ситуативных агрессивных импульсов. Выявленные общие для групп тенденции определяют содержание и направленность психотерапии и психокоррекции (необходимость сочетания рациональной и поведенческой, а также индивидуальной и групповой психотерапии).

*У пациентов с расстройством личности возбуждимого типа (1 группа)* наиболее грубо нарушены контролирующие и регуляторные возможности, что сочетается с трудностями использования прошлого негативного опыта, низким чувством ответственности при стремлении к самоутверждению. Это обуславливает не только наиболее высокий по сравнению с другими группами риск агрессивного поведения, но и наименьшую эффективность коррекционного воздействия. Такая личностная структура требует наиболее сложной психотерапевтической стратегии, направленной не только на преодоление препятствующих социальной адаптации свойств, но и на формирование новых личностных образований, которые могли бы послужить базой для дальнейшей коррекции выраженных эмоционально-волевых нарушений и закрепившихся стереотипов агрессивных аффективных реакций в субъективно сложных ситуациях.

У больных с расстройством личности тормозимого типа (2 группа) агрессивные импульсы блокируются из-за повышенной тревожности, ранимости, страха перед наказанием, гипертрофированного чувства вины и ответственности. Данные качества создают определенные внутренние препятствия не только для открытого проявления агрессии, но и определяют возникновение комплекса дезадаптивных характеристик – повышение чувства тревоги, внутреннего напряжения, пассивность, трудности конструктивной самостоятельной работы над своими проблемами при постоянной неудовлетворенности собой. Это усложняет работу врача в борьбе с присущей больным склонностью к злоупотреблению спиртным, поскольку, алкоголизация – единственно доступный для них способ снижения эмоциональной напряженности. Психотерапевтические мероприятия в этих случаях помимо борьбы с алкогольной зависимостью должны быть направлены на формирование позитивного образа «Я» и окружающего мира, социально приемлемых способов снятия эмоционального напряжения.

*Преморбидно условно-гармоничные личности (3 группа)* обладают большими по сравнению с другими группами ресурсами для сохранения и восстановления конструктивных способов взаимодействия, целенаправленной активности ввиду более реалистичного самоотношения, наличия базового доверия и доброжелательного отношения к окружающим, сформированных социальных установок. У них в силу присущих им особенностей личностной структуры существует меньшая вероятность реализации агрессивных форм поведения, при психотерапевтической работе с ними у врача имеется достаточная база для опоры на сохранные звенья личности, что определяет достаточно высокую успешность лечебных мероприятий.

*Медикаментозная и психотерапевтическая коррекция агрессивного поведения больных алкоголизмом в рамках курсового лечения* проводилась в соответствии с современными принципами\* оказания наркологической помощи, предполагающими сочетание на всех этапах лечения психофармакотера-

---

\* разработаны Н.Н.Иванцом, М.А.Винниковой (2002).



пии с психотерапевтическим воздействием. На основании этого были разработаны дифференцированные схемы лечения для обследованных больных в зависимости от их личностных особенностей.

На начальных этапах лечения плановое купирование алкогольной интоксикации и алкогольного абстинентного синдрома является залогом успешной терапии и профилактики агрессивных действий больных алкоголизмом. С этой целью всем больным проводится базовая психофармакотерапия с применением транквилизаторов бензодиазепинового ряда, антиконвульсантов с нормотимическим эффектом и ноотропов. Для купирования агрессивного поведения и психомоторного возбуждения симптоматически назначаются средние дозы нейролептических препаратов (хлорпромазин, левопромазин, галоперидол, перициазин) инъекционно, реже перорально.

С этапа становления ремиссии терапия приобретает более дифференцированный характер. Так, для пациентов с расстройствами личности возбужденного типа (1 группа) наиболее эффективной является длительная и интенсивная психофармакотерапия, преимущественно нейролептическими препаратами. «Большие» нейролептики (хлорпромазин, левопромазин, галоперидол) используются для купирования агрессивных проявлений в структуре состояний с грубым нарушением поведения и обострением патологического влечения к алкоголю. При проведении поддерживающей терапии предпочтение отдается «малым» нейролептикам (перициазин, тиоридазин, хлорпротиксен, тиаприд), которые не вызывают выраженной сонливости, нарушений внимания и нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы и печени. Если агрессивные и протестные реакции, умеренное двигательное беспокойство наблюдаются на фоне сниженного настроения, то назначают седативные трициклические антидепрессанты (например, амитриптилин). Из психотерапевтических методик для данной группы пациентов наиболее подходящей является индивидуальная когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

У пациентов с расстройствами личности тормозимого круга (2 группа) наиболее оправданным является применение атипичных нейролептиков в невысоких дозах (кветиапин, рисперидон, оланзапина) из-за их способности снижать уровень агрессивности, но при этом не нарушать социальную и трудовую адаптацию больных. Для коррекции аффективных расстройств используются антидепрессанты с преимущественно сбалансированным или активирующим действием группы СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, циталопрам). Из психотерапевтических методик наилучшие результаты показывает индивидуальная гештальт-терапия.

Преморбидно условно-гармоничные пациенты (3 группа) требуют меньшей психофармакологической нагрузки: короткими курсами назначаются традиционные «малые» нейролептики (тиоридазин, хлорпротиксен). Наиболее актуальной для больных этой группы является комбинация групповой и семейной психотерапии.

Сравнительный анализ эффективности предложенных (1,2,3 группы) и традиционной (сравнительная группа) схем лечения проводился на основании определения степени редукции основных психопатологических расстройств, снижения общей агрессивности и восстановления социального функционирования пациентов.

Динамика результатов лечения по шкале «Общее клиническое впечатление» (CGI) приведена в таблице 1.

Таблица 1

*Результаты лечения по шкале CGI*

Сутки лечения	Средний балл			
	1 группа	2 группа	3 группа	Сравнительная группа
3	3,33	3,17	2,96	3,21
10	2,49	2,09	2,02	2,77
30	2,42	1,87	1,71	2,49
90	2,19	1,76	1,56	2,36

Как видно из таблицы 2, лучшие результаты на фоне проводимой терапии были достигнуты у больных 3, 2 и 1 групп (степень редукции по шкале

CGI составила 47,3%, 44,5%, 34,2% соответственно), чем в сравнительной – 26,5% ( $p<0,05$ ). По темпам редукции также обнаружены преимущества предложенных схем лечения по сравнению с традиционными, 25%-ная степень редукции симптоматики достигалась в 1,2 и 3 группах уже к 10-му дню лечения, а в сравнительной группе – лишь к 30-му.

При анализе снижения уровня общей агрессивности при различных терапевтических подходах также установлены определенные различия (таблица 2). Применение разработанных схем лечения позволяло добиться значительного снижения уровня общей агрессивности больных, что в свою очередь способствовало предотвращению трансформации агрессивного поведения больных алкоголизмом в более тяжелые формы с высоким риском совершения деструктивных, в том числе и криминальных действий, тогда как в сравнительной группе уровень агрессивности оставался относительно более высоким ( $p<0,05$ ).

Таблица 2

*Общая агрессивность больных до и после лечения*

Общая агрессивность		1 группа		2 группа		3 группа		Сравнительная группа	
		%	N=50	%	N=47	%	N=34	%	N=40
До лечения	низкая	0	0	53,2	25	11,8	4	22,5	9
	средняя	24	12	40,4	19	64,7	22	40	16
	высокая	76	38	6,4	3	23,5	8	37,5	15
После лечения	низкая	16	8	68,1	32	52,9	18	35	14
	средняя	52	26	31,9	15	44,1	15	40	16
	высокая	32	16	0	0	3,0	1	25	10

На протяжении срока катамнестического наблюдения у всех больных ус- танавливалась терапевтическая ремиссия (таблица 3). Период полного воз- держания от алкоголя составлял до 6 месяцев у 57,0% пациентов 1, 2 и 3 групп, свыше 6 мес. – у 43,0% (таблица 4). У больных 2 и 3 групп достоверно чаще ( $p<0,05$ ) отмечались ремиссии более 6 месяцев, они примерно в одина- ковом количестве случаев сохраняли трезвость до 6 месяцев или более (53,2% и 46,8% – во 2 группе, 44,1% и 55,9% – в 3). У больных 1 группы в 2 раза чаще отмечались ремиссии длительностью до 6 месяцев, чем более 6 ме-

сяцев (68,0% и 32,0%, соответственно), что имело, однако, несколько лучшие значения, чем в сравнительной группе (72,5% и 27,5%, соответственно).

Таблица 3

*Длительность ремиссии у обследованных больных*

Длительность ремиссии	1 группа		2 группа		3 группа		Сравнительная группа	
	%	N=50	%	N=47	%	N=34	%	N=40
Менее 6 мес.	68,0	34	53,2	25	44,1	15	72,5	29
Более 6 мес.	32,0	16	46,8	22	55,9	19	27,5	11
Итого	100	50	100	30	100	34	100	40

Качество ремиссий у больных 1,2 и 3 групп было выше, чем в сравнительной, за счет улучшения показателей социального функционирования: работоспособности, служебного статуса, ситуации в семье, взаимоотношений с близкими, восстановления интересов и увлечений. Так, в ремиссиях служебный статус повышался у 52,0% больных 1 группы, у 69,6% – 2, у 82,4% – 3 или оставался неизменным в 48,0%, 30,4% и 17,6% случаях соответственно, а в сравнительной группе – повышался лишь у 42,5% пациентов и оставался неизменным в 57,5% случаев. Количество работающих к 90 дню наблюдения составило в 1,2 и 3 группах 60,0%, 80,9% и 88,2% соответственно, а в сравнительной – лишь 57,5%. Динамику взаимоотношений с близкими (жена, родители, дети), как положительную, оценили в 1, 2, 3 группах 36,0%, 61,7%, 82,4% пациентов соответственно, тогда как в сравнительной группе – лишь 32,5%.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ предложенных терапевтических схем и традиционных подходов у больных алкоголизмом с коморбидной психической патологией показал, что наличие расстройств личности в премоорбиде у таких больных требует проведения дифференцированной как психофармако- так и психотерапии. Это позволяет добиться более высокой степени редукции психопатологических расстройств, снизить уровень агрессивности таких больных, достичь более стойких ремиссий, повысить их уровень социальной адаптации.

## ВЫВОДЫ

1. В качестве факторов predisпозиции формирования агрессивных форм поведения у больных с алкогольной зависимостью выступают следующие преморбидные характеристики: наследственная отягощенность алкоголизмом (встречается в 55,7% наблюдений), перинатальная патология (35,7%), дисгармоничные и конфликтные отношения в родительской семье (47,1%), патохарактерологические особенности в детском и подростковом возрасте (38,2%), раннее появление агрессивных тенденций (52,0%), начало употребления алкогольных напитков до 15 лет (58,9%). При этом значимость данных факторов возрастает от больных с условно-гармоничным складом характера в преморбиде ( $r_s = 0,296$ ) к пациентам с коморбидными расстройствами личности тормозимого типа ( $r_s = 0,484$ ) и возбуждимого типа ( $r_s = 0,672$ ).

2. При квалификации некриминального агрессивного поведения больных алкоголизмом в зависимости от преобладающих форм проявлений агрессии (физическая/вербальная, явная/скрытая, спонтанная/спровоцированная) в практической деятельности целесообразно выделять высокий, средний и низкий уровень общей агрессивности, позволяющий судить о выраженности агрессивных тенденций у пациентов, прогнозировать с большей вероятностью риск криминальной агрессии и дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационные мероприятия.

3. Выраженность общей агрессивности у больных алкоголизмом определяется совокупностью трех групп признаков: наличием коморбидной личностной патологии, степенью алкогольной деформации личности и клиническими проявлениями алкоголизма.

3.1 Наличие расстройств личности возбуждимого типа значительно повышают уровень общей агрессивности больных алкоголизмом (соотношение высокой, средней и низкой степени агрессивности – 76,0%, 24,0%, 0,0%); расстройства личности тормозимого типа – снижают (6,4%, 40,4% и 53,2% соответственно). Лица преморбидно условно-гармоничные занимают промежуточное положение (23,5% 64,7% и 11,8%).

3.2 Степень алкогольной деформации личности напрямую коррелирует с уровнем агрессивности больных алкоголизмом. Данная зависимость наиболее значима у лиц с расстройствами личности, поскольку наряду с появлением новых отклонений (аффективных, поведенческих, невротоподобных и признаков морально-этического снижения) у них отмечается нивелировка тех личностных черт, которые ранее способствовали компенсации их психического состояния и усугубление тех, которые лежали в основе проявлений социальной дезадаптации.

Уровень общей агрессивности больных алкоголизмом возрастает при более высокой прогрессивности заболевания, в состояниях абстиненции и измененного опьянения, при обострении патологического влечения к алкоголю. Расстройства личности обнаруживают корреляции с данными клиническими проявлениями алкоголизма: личностная патология возбудимого типа имеет прямые взаимосвязи, а тормозимого типа - обратные.

4. Механизмы формирования агрессивного поведения больных алкоголизмом во многом сходны и объясняются деформацией эмоционально-волевой сферы пациентов (высокий уровень подозрительности и тревожности, эмоциональная неустойчивость, стремление переложить вину за происходящее на других), что провоцирует легкость возникновения и реализации ситуативных агрессивных импульсов. Механизмы же реализации агрессии зависят от наличия или отсутствия сдерживающих факторов. Так, у пациентов с расстройствами личности возбудимого типа наиболее грубо нарушены контролирующие и регуляторные возможности, что сочетается с трудностями использования прошлого негативного опыта, низким чувством ответственности при стремлении к самоутверждению. У лиц с расстройством личности тормозимого типа проявлениям агрессивного поведения препятствуют повышенная тревожность, ранимость, страх перед наказанием, гипертрофированное чувство вины и ответственности. Преморбидно условно-гармоничные личности обладают более высокими ресурсами для сохранения и восстановления конструктивных способов взаимодействия, целенаправлен-

ной активности ввиду достаточно реалистичного самоотношения, наличия базового доверия и доброжелательного отношения к окружающим, сформированных социальных установок.

5. Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении больных алкоголизмом с агрессивным поведением требуют комплексного и дифференцированного подхода, при котором психофармакотерапия направлена на редукцию проявлений основного заболевания и коморбидной психической патологии (при ее наличии), снижение уровня общей агрессивности, психотерапия – на коррекцию признаков деформации личности, устранение стереотипов агрессивного поведения, формирование социально приемлемых навыков общения.

5.1. Для больных алкоголизмом с расстройством личности возбудимого типа с наиболее выраженным агрессивным поведением показаны как «большие» и так «малые» нейролептики и антидепрессанты с седативным действием, а также индивидуальная когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

5.2. Пациентам с расстройством личности тормозимого типа и наименее выраженным агрессивным поведением целесообразно назначать атипичные нейролептики, антидепрессанты со сбалансированным и стимулирующим действием. Из психотерапевтических методик показана индивидуальная гештальт-терапия.

5.3. Преморбидно условно-гармоничным больным алкоголизмом со средней степенью выраженности агрессивных тенденций в наибольшей степени показана как групповая психотерапевтическая работа так и семейная психотерапия в сочетании с назначением короткими курсами традиционных «малых» нейролептиков в среднетерапевтических дозировках.

6. Предложенные терапевтические схемы превосходят традиционные по степени редукции психопатологических расстройств (42% против 26,5%), темпам обратной динамики симптомов (25%-ный уровень редукции достигался к 10 дню против 30 суток), снижению выраженности общей аг-

рессивности (практически у половины пациентов (45,7%) достигался низкий уровень против 35%), продолжительности ремиссии (более 6 месяцев ремиссии наблюдались у 44,9% лиц против 27,5%), качеству ремиссий (повышение уровня социального функционирования).

#### *Список работ, опубликованных по теме диссертации*

1. Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 1 // Наркология. – 2007, № 8. – С.53-62 (соавт. Шевцова Ю.Б., Игонин А.Л.).
2. Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2 // Наркология. – 2007, № 9. – С.42-51 (соавт. Шевцова Ю.Б., Игонин А.Л.).
3. Индин А.С. Взаимосвязь агрессивного поведения с динамикой алкоголизма // Наркология. – 2007, № 11. – С.29-36 (соавт. Шевцова Ю.Б.).
4. Индин А.С. О сочетании синдрома зависимости от алкоголя с аффективными расстройствами // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сб. № 45 / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М., 2007. – С.399-407 (соавт. Шевцова Ю.Б.).
5. Индин А.С. Подходы к коррекции агрессивного поведения больных алкоголизмом в процессе психофармакотерапии и психотерапии // Российский психиатрический журнал. -2008, №6. - С. 54-62 (соавт. Дмитриев А.С., Шевцова Ю.Б.).



Для заметок

Для заметок

---

Заказ № 103/03/09 Подписано в печать 16.03.2009 Тираж 120 экз. Усл. п.л. 1

---



ООО "Цифровичок", тел. (495) 797-75-76; (495) 649-83-30  
[www.cfr.ru](http://www.cfr.ru) ; *e-mail: info@cfr.ru*