

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

В настоящее время большинством авторов алкогольная зависимость рассматривается как биопсихосоциальная модель заболевания [2, 6, 12, 19, 20 и др.]. Если биопсихосоциальным особенностям больных алкоголизмом посвящено большое количество литературы, то преморбидным особенностям больных с алкогольными психозами посвящено не так много работ. Так, И.Г. Ураков [16] и О.Е. Фрейеров [17], пишут, что раннему наступлению не только основных проявлений алкоголизма, но и алкогольных психозов способствует психопатические черты характера.

Н.А. Корнетов с соавт. [10] отмечает, что на клинические варианты алкогольного делирия влияют даже конституциональные особенности больных. Алкогольный делирий со слуховыми галлюцинациями преобладал у больных с астенической конституцией, простой и психомоторный типы наблюдались при пикническом телосложении, а белая горячка с параноидным компонентом – при нормостеническом соматотипе.

В работах Н.Н. Иванца и М.А. Винниковой [7] подчеркивается, что среди преморбидных predispositional особенностей у больных алкогольными психозами наибольшее значение имеют последствия черепно-мозговых травм, хронические соматические заболевания, а также наследственная отягощенность, с которой может быть связано несовершенство механизмов гомеостаза.

В работе В.Т. Лекомцева с соавт. [11] показано, что причиной возникновения таковых, как правило, является энцефалопатия сложного генеза (травматического, алкогольного, сосудистого).

Таким образом, неразработанность влияния биопсихосоциальных факторов на развитие и прогноз алкогольных психозов определяет медико-социальную актуальность данного исследования.

Целью настоящего исследования было изучение биопсихосоциальных факторов риска у больных алкогольными психозами, а также влияние этих особенностей на течение и клинические особенности заболевания.

Материал и методы исследования. Нами был проведен анализ биологических особенностей личности больных алкогольными психозами, проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Ижевска за период 2004-2007 гг. Всего было обследовано 211 больных, в том числе 175 мужчин и 36 женщин. В число обследованных вошли пациенты в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст – $42,3 \pm 1,8$ года). Длительность алкоголизма у обследованных больных была от 3 до 39 лет (в среднем – $11,7 \pm 2,4$ года).

В качестве основного инструмента исследования использовалась «Карта больных алкогольными психозами», основанная на классификации алкоголизма и алкогольных психозов Н.Н. Иванца [7], включающая в себя социодемографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов, клинического и сопутствующего соматоневрологического диагноза (по критериям МКБ-10).

Заполнение карты проводилось на основании личного клинического обследования пациентов, сведений, полученных от их родственников, а также данных медицинской документации – с соблюдением принципов биомедицинской этики, т.е. с обязательным информированным согласием больных.

Основным методом исследования явился клинкопсихопатологический. Были проанализированы такие особенности больных, как наследственная отягощенность, особенности протекания беременности, родов и раннего развития, перенесенные заболевания, тип воспитания и характерологические особенности. Диагностика личности проводилась на основании краткого характерологического опросника М.Е. Бурно [4].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась в программе SPSS для Windows 11.5, а также для Microsoft Excel 2005. Различия средних значений, а также корреляционные связи признавались достоверными при уровне

значимости $p < 0,05$. Репрезентативность научного материала была обеспечена его объемом и безвыборочностью.

Результаты исследования и их обсуждение. Психопатологически отягощенную наследственность имели 147 (69,7%) больных (табл. 1), что совпадает с данными В.Д. Москаленко [13], в работе которого убедительно показано, что около 70% больных алкоголизмом имеют страдающих алкоголизмом ближайших родственников.

Таблица 1
Распределение больных алкогольными психозами по наследственной отягощенности

Наследственная отягощенность	n=211	%
Отец (мать) страдает алкоголизмом	54	25,6
Оба родителя страдают алкоголизмом	7	3,3
Родственники больны алкоголизмом	35	16,6
Отец (мать) и родственники больны алкоголизмом	29	13,7
Суициды среди родственников	9	4,3
Отягощенность по психическим заболеваниям	3	1,4
Оба родителя и родственники больны алкоголизмом	5	2,4
Наркомании среди родственников	5	2,4
Не отягощена	64	30,3

Среди них у 54 (25,6%) больных алкоголизмом страдали отец или мать, у 35 (16,6%) были больны алкоголизмом близкие родственники, у 29 (13,7%) больных зависимость от алкоголя имели одновременно отец или мать и близкие родственники. Оба родителя страдали алкоголизмом у 7 (3,3%), одновременно оба родителя и родственники страдали алкогольной зависимостью у 5 (2,4%) больных.

Важным в клинической наркологии является утверждение, что у больных с отягощенной наследственностью алкоголизмом ближайших родственников более часто наблюдались структурно-сложные, атипичные формы алкогольных психозов, протекающих с онирическими расстройствами, психическими автоматизмами, профессиональным и мусситирующим делирием ($r=0,49$).

Выявлена корреляция умеренной связи между наследственной отягощенностью по алкоголизму и госпитализацией по счету ($r=0,37$). Заболевание у этой группы больных характеризова-

лось высоким темпом прогрессивности. Длительность ремиссий между психотическими состояниями зачастую не превышала 6 месяцев ($r=0,46$).

У всех больных с затяжными алкогольными психозами имела наследственная отягощенность по алкоголизму и у родителей, и у близких родственников ($r=0,51$).

Наследственная отягощенность по алкоголизму среди ближайших родственников у больных женского пола была достоверно выше, чем среди родственников больных мужского пола ($p<0,05$), что подтверждено в работах В.Б. Альтшулера [2].

Суициды среди родственников были у 9 (4,3%) пациентов, причем, как правило, суициденты также злоупотребляли спиртным. Наследственность по наркоманиям была отягощена у 5 (2,4%) больных. У одного больного зависимостью от опиоидов страдал родной брат, у других – дальние родственники.

Отягощенность по психическим заболеваниям наблюдалась у 3 (1,4%) больных. У двух пациентов родственники страдали сосудистыми психозами позднего возраста, у одного мать страдала шизофренией.

Следует отметить то, что у больных с наследственной отягощенностью гораздо раньше в структуре алкоголизма появлялись измененные формы потребления ($r=0,41$), что тоже говорит в пользу высокопрогрессивного течения заболевания у данной категории больных.

Наследственность была не отягощена лишь у 64 (30,3%), и у этой группы больных проявления социальной дезадаптации были выражены в меньшей степени ($r= -0,38$).

Объективная информация о патологии беременности и родов женщин с алкогольными психозами зачастую отсутствовала; по всей видимости, наличие данной патологии было гораздо выше (табл. 2). Как видно в табл. 2, что более чем у четверти больных (27,0%) имела место либо патология беременности (8,5%), либо родов (5,7%), либо раннего развития (6,2%), либо того и другого вместе (6,6%).

Патология беременности проявлялась гестозом I или II половины, беременность протекала на фоне пиелонефрита, урогенитальных инфекций, хронической алкогольной интоксикации.

Патологически протекающие роды характеризовались обвитием пуповины, асфиксией в родах, родовой травмой, низкой оценкой по шкале Апгар.

В раннем развитии у детей таких больных женщин наблюдалось отставание: они позже начинали сидеть, ходить, говорить, отставали в психомоторном развитии либо, что наблюдалось исключительно у родителей-потаторов, одновременно была патология беременности, родов и раннего развития. У таких больных наблюдались те или иные признаки дисэмбриогенеза.

Таблица 2

Распределение больных алкогольными психозами по течению беременности, родов, раннего развития

Особенности течения беременности, родов и раннего развития	n=211	%
Без особенностей	111	52,6
Нет сведений	43	20,4
Патология беременности	18	8,5
Патология родов	12	5,7
Патология раннего развития	13	6,2
Патология беременности, родов и раннего развития	14	6,6

Как уже отмечалось, преморбидные особенности больных алкоголизмом и алкогольными психозами нередко сопровождаются резидуально-органическим поражением ЦНС. Так, среди всех больных 82 (38,9%) перенесли в прошлом черепно-мозговые травмы различной степени тяжести. Причем у 51 человека из них травмы головы были неоднократными, часто с потерей сознания, сотрясением или ушибом головного мозга, после чего больные находились на лечении в нейрохирургическом отделении (табл. 3).

Известно, что у больных, перенесших вирусные гепатиты, течение алкоголизма нередко утяжеляется [2, 6] – таких больных было 28 (13,3%). Из них у 8 в анамнезе было злоупотребление опиоидами и первитином, у 4 – героиновая зависимость. Перенесли гепатит А из этой группы – 15, гепатит В – 2, гепатит С – 6 и одновременно гепатит В и С – 5 пациентов.

Хронические соматические и (или) неврологические заболевания, не связанные с алкоголизацией, имелись у 23 (10,9%) больных алкогольными психозами. Больные страдали данными

расстройствами, как правило, с детско-подросткового возраста. Это были такие заболевания, как хронический гастродуоденит, пиелонефрит, бронхиальная астма, порок митрального клапана, хронический бронхит, хронический тонзиллит, гайморит и другие расстройства.

Таблица 3

Распределение больных алкогольными психозами по перенесенным заболеваниям

Перенесенные заболевания	n=211	%
Черепно-мозговые травмы	82	38,9
Психические расстройства (неалкогольного генеза)	3	1,4
Зависимость от наркотиков	4	1,9
Нейроинфекции	6	2,8
Вирусные гепатиты	28	13,3
Хронические соматические и (или) неврологические заболевания не связанные с алкоголизацией	23	10,9
Болезнь только простудными заболеваниями	57	27,0
ЧМТ, гепатит, злоупотребление наркотиками	8	3,8

Нейроинфекции (серозный менингит и клещевой менингоэнцефалит) перенесли 6 (2,8%) больных, причем двое больных, перенесших клещевой энцефалит находились, с их слов, в критическом состоянии, пребывали в реанимационном отделении. Эти больные также обнаруживали проявления церебрастенического синдрома.

Наркотическую зависимость была у 4 (1,9%), все они ранее злоупотребляли героином, имея, с их слов, стаж от нескольких месяцев до четырех лет. У двоих (курировавшихся без обращения за медицинской помощью) имели место передозировки.

Психические расстройства неалкогольного генеза наблюдались у 3 (1,4%) пациентов. Все они проходили военно-психиатрическую экспертизу в психиатрической больнице г. Ижевска. В двух случаях выставлен диагноз: «психопатия» и одним – «легкая умственная отсталость».

У 8 (3,8%) больных в анамнезе были одновременно черепно-мозговые травмы, гепатит и злоупотребление наркотическими веществами. Еще в подростковом возрасте эта категория больных злоупотребляла летучими ингалянтами, холинолитиками, тареном, позже – психостимуляторами и опиоидами. Дебют

алкогольного психоза зачастую возникал спустя 3-5 лет после формирования основных симптомов алкогольной зависимости.

И, наконец, практически ничем, кроме простудных заболеваний, не болели 57 (27,0%) больных.

Как известно, в формировании зависимостей от психоактивных веществ немаловажное значение имеют неправильные типы воспитания [12]. Гармоничный тип воспитания имел место лишь у 25 (11,8%), у остальных больных наблюдались те или иные патологические типы воспитания. Среди них первые три места занимали гипоопека – 27,0, противоречивое воспитание – 26,5 и перфекционизм – 17,1% обследованных (табл. 4).

Таблица 4

Распределение больных алкогольными психозами по типу воспитания

Тип воспитания	n=211	%
Гипоопека	57	27,0
Противоречивое воспитание	56	26,5
Доминирующая гиперпротекция (перфекционизм)	36	17,1
Потворствующая гиперпротекция	9	4,3
Эмоциональное отвержение	17	8,1
Условия жестоких взаимоотношений	11	5,2
Гармоничный тип	25	11,8

В семьях больных, где преобладающим типом воспитания была гипоопека (27,0%), был недостаточный контроль над детьми, за их обучением, времяпровождением. Как правило, это были родители с низким образовательным и культурным уровнем, но вместе с тем здесь встречались и те, кто имел высшее образование, которые все свое время посвящали работе, науке и т.д. Дети, воспитывавшиеся в данных семьях, все время были предоставлены сами себе, нередко примыкали к асоциальным и антисоциальным компаниям, рано начинали алкоголизироваться.

Пациенты с противоречивым воспитанием часто воспитывались в неполных семьях, где у каждого взрослого было свое мнение по поводу воспитания детей, причем совершенно полярное по отношению к другим членам семьи. Такие больные часто передавались по типу «патологической эстафеты» бабушкам и дедушкам. Противоречивое воспитание считается многими авторами одним из самых патологических типов воспитания и может формировать неустойчивую личность, которая, как из-

вестно, наиболее предрасположена к развитию зависимости от психоактивных веществ [9].

Доминирующая гиперпротекция характеризовалась беспрепятственным контролем над детьми, принятием всех решений за ребенка, такие родители часто могли наказывать своих детей за малейшие проступки и при этом какие-то бы ни было успехи ими воспринимались как должное. Данный тип воспитания, как правило, формирует робкую, неуверенную, тревожную личность.

Эмоциональное отвержение (8,1%) способствовало формированию различных аномалий характера – от тормозимых до возбудимых. Больные, воспитывавшиеся в данных семьях, с детских лет испытывали свою ненужность, ущербность, практически никогда не видели ласки. Родители нередко не скрывали перед ними тот факт, что «появление их на свет – большая ошибка». Даже пациенты мужского пола с горечью вспоминали свое детство, часто не скрывали своих слез, рассказывая о своих взаимоотношениях с родителями.

Условия жестоких взаимоотношений (5,2%) наблюдалось в тех семьях, где один или оба родителя страдали алкоголизмом. Дети в таких семьях с ранних лет слышали брань, ругань, были свидетелями пьяных драк, что в дальнейшем воспринималось ими как должное.

Потворствующая гиперопека (4,3%) или воспитание по типу «кумира семьи» характеризовалось тем, что данные пациенты с самого раннего детства были в центре внимания, для них не существовало никаких запретов, все проступки им «сходили с рук». Как известно, данный тип воспитания способствует формированию истерических черт характера.

Анализ анамнеза больных алкогольными психозами показал, что подавляющему большинству еще до развития алкоголизма были свойственны аномальные черты, то в виде акцентуации, то клинически очерченного расстройства личности [1, 3, 5] (табл. 5).

До половины всех обследованных (46,9%) имели неустойчивые черты характера, достигающие степени выраженной акцентуации или психопатии. Как известно, лица с данными чертами характера наиболее склонны к употреблению различных

психоактивных веществ. Алкоголизация начиналась у них довольно рано, заболевание быстро прогрессировало, социальных установок данные больные, как правило, не имели.

Таблица 5

Распределение больных алкогольными психозами по характерологическим особенностям

Характерологические особенности	n=211	%
Неустойчивый	99	46,9
Возбудимый	1	0,5
Астенический	50	23,7
Истероидный	3	1,4
Эпилептоидный	6	2,8
Гипертимный	4	1,9
Гипотимный	2	1,0
Шизоидный	1	0,5
Истерио-возбудимый	16	7,6
Возбудимо-неустойчивый	12	5,6
Психастенический	1	0,5
Мозаичный	16	7,6

Заслуживает внимания то, что астенические черты диагностировались почти у четверти обследованных (23,7%). Это были так называемые застенчиво-раздражительные личности, по М.Е. Бурно [3]. Мотивация к употреблению спиртного с самого начала у них была атактичная, в дальнейшем происходило с той или иной быстротой заострение черт характера.

У больных с истерио-возбудимыми и возбудимо-неустойчивыми личностными особенностями (7,6 и 5,6% соответственно) заболевание протекало крайне неблагоприятно. Алкоголизм у этой группы практически с самого начала был асоциален. В анамнезе у этих больных нередко наблюдались суицидальные попытки различной частоты и типа, более высокий, чем у других больных, темп прогрессивности ($p < 0,05$). Характеристика же алкогольных психозов у этой группы больных не отличалась от таковой у лиц с другими личностными особенностями.

Пациенты с мозаичными чертами характера занимали 7,6% от всех обследованных. Число больных с другими характерологическими особенностями было незначительным.

В процессе исследования зачастую оставалось неясным, первичными были выявленные особенности характера или вторичными, нажитыми, возникшими в ходе течения заболевания [15, 14].

Таким образом, изучение биопсихосоциальных особенностей больных алкогольными психозами показало, что таковыми значительно чаще других являются: наследственная отягощенность по алкоголизму, перенесенные черепно-мозговые травмы различной частоты и степени тяжести, вирусные гепатиты, воспитание по типу голопопек, противоречивое воспитание и гиперпротекция, а также патологические черты характера, достигающие степени выраженной акцентуации и психопатии. Среди последних наиболее часто встречались лица с неустойчивыми (46,9%) и астеническими (23,7%) чертами характера. У больных с истеро-возбудимыми и возбудимо-неустойчивыми чертами характера достоверно чаще наблюдался высокий темп прогрессивности заболевания ($p < 0,05$). У лиц с отягощенной наследственностью по алкоголизму значительно чаще наблюдались структурно-сложные, атипичные формы алкогольных психозов, протекающих с органическими расстройствами, психическим автоматизмом, профессиональным и мусситирующим делирием ($r = 0,49$). Таким образом, данные биопсихосоциальные особенности патопластически влияют не только на прогрессивность заболевания, но и характеристику алкогольных психозов, а следовательно, на выбор лечебной тактики и прогноз.

Литература

1. *Абдусаттаров М.М.* О влиянии преморбидных характерологических особенностей личности на уровень снижения социально-трудовой адаптации // Рос. психиатр. журнал. 2001. №2. С. 34-37.
2. *Альшиулер В.Б.* Алкоголизм // Руководство по психиатрии; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 250-338.
3. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М.: Академ. Проект, 2000. С. 417-606.
4. *Бурно М.Е.* Краткий характерологический опросник; 2-е изд., перераб. М.: изд-во Рос. об-ва медиков-литераторов, 2007. 8 с.
5. *Гасан-заде Н.Ю.* Скорость формирования алкоголизма в зависимости от ряда психоконституциональных особенностей // Вopr. наркологи. 1999. №3. С. 35-38.

6. *Гофман А.Г.* Клиническая наркология. М.: МИКЛЮШ, 2003. 215 с.
7. *Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец [и др.].* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 832 с.
8. *Иванец Н.Н., Винникова М.А.* Металкогольные (алкогольные) психозы // Руководство по наркологии; под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 233-268.
9. *Исаев Д.Н.* Психопрофилактика в практике педиатра. Л.: Медицина, 1984. 192 с.
10. *Корнетов Н.А., Губерник В.Я., Самохвалов В.П.* Возрастной патоморфоз темпа прогрессивности алкоголизма у больных, перенесших алкогольный делирий // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. Вып. 2. С. 259-262.
11. *Тяжелые алкогольные делирии у больных, злоупотребляющих спиртосодержащими токсическими жидкостями / В.Т. Лекомцев [и др.] // Человек и мир: социальное поведение личности в изменяющемся мире: материалы Всерос. науч.-практ. конф. Ижевск: изд-во ИУУ, 2007. С. 142-144.*
12. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. 301 с.
13. *Москаленко В.Д.* Медико-генетическое консультирование в наркологии // Руководство по наркологии; под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 351-357.
14. *Сидоров П.И.* Наркологическая превентология: руководство; 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 15-44.
15. *Сидоров П.И., Митюхляев А.В.* Ранний алкоголизм. Архангельск: изд-во АГМА, 1999. 303 с.
16. *Ураков И.Г., Куликов В.В.* Хронический алкоголизм. М.: Медицина, 1977. С. 18-42.
17. *Фрейеров О.Е.* К вопросу об алкоголизме при психопатиях // Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. Вологда: Сев.-зап. кн. изд., 1972. С. 328-340.
18. *Алкогольная и наркотическая зависимость: практическое руководство для врачей / Г.М. Энтин [и др.].* М.: Медпрактика-М, 2002. С. 75-97.
19. *Henkel D.* Thesen zur Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus in den neuen Bundesländern // Sucht. 1993. Bd. 39, N 3. S. 200-204.
20. *McGue M., Pickens W, Svikis D.S.* Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study // J. Abnorm. Psychol. 1992. Vol. 101, N 1. P. 3-17.