

Взаимосвязь агрессивного поведения с динамикой алкоголизма

ШЕВЦОВА Ю.Б.
ИНДИН А.С.

к.м.н., с.н.с. Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва
аспирант Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Проведен анализ взаимосвязи агрессивного поведения больных алкоголизмом с клиничко-динамическими параметрами алкогольной зависимости и с преморбидным типом личностного реагирования. Установлены преобладающие виды того или иного вида агрессивного поведения, присущие больным на разных стадиях алкоголизма в зависимости от принадлежности к возбудимому или тормозимому типу личности. Определены основные подходы к коррекции агрессивного поведения в рамках проводимого стационарного и амбулаторного лечения.

С 90-х годов в России получило широкое распространение употребление наркотиков, однако в структуре наркологических заболеваний в настоящее время по-прежнему лидирует алкогольная зависимость. По данным Е.А. Кошкиной с соавторами [17], несмотря на формальное отсутствие роста показателя болезненности алкоголизмом, действительное число больных, зависимых от алкоголя, по-видимому, не уменьшается — об этом свидетельствует динамика показателей заболеваемости алкогольными психозами. Если в 2000 г. заболеваемость алкогольными психозами в РФ была 42,5 на 100 тыс. населения, то к 2005 г. она достигла показателя 53,9. Изучение нарушений поведения больных алкоголизмом, особенно проявляющихся в форме агрессии, становится все более актуальными в связи с нарастающей социальной значимостью данного явления.

Большинство авторов сходятся во мнении, что алкогольное опьянение ассоциируется с повышенным риском агрессивного поведения, будучи благоприятной почвой для реализации агрессивных действий [10, 22]. Этот феномен связывают с растормаживающим действием алкоголя, неспособностью человека в состоянии алкогольного опьянения адекватно контролировать свое поведение, измененной самооценкой, снижением критических и прогностических функций, психопатологическими расстройствами в интоксикации и другими причинами. Особенно значимо агрессивное поведение сказывается на семейном статусе. При проведении специальных исследований было обнаружено, что физическое насилие совершается более чем в 40% семей, в которых один или оба супруга страдают алкоголизмом [20]. Дети в семье больного алкоголизмом подвержены более высокому риску различных видов агрессии: вербальной, физической, криминальной, садистической [19].

Концепции, объясняющие причины агрессивного поведения зависимых больных, отличаются разнообразием и определенной противоречивостью. Так, некоторые авторы [20] отмечают, что совершение агрессивных действий связано с непосредственным воздействием алкоголя на психику человека, описывают характерные для алкогольной интоксикации изменения поведения: несдерживаемые агрессивные, сексуальные импульсы, достигающие неистовства; неустойчивое настроение и т.д. Считается, что аффективные нарушения в структуре алкогольной интоксикации имеют свою динамику: свойственные начальной стадии опьянения эйфория, бес-

печность сменяются злобно-раздражительным настроением с последующими агрессивными действиями [28].

Кондратьев Ф.В. [16], Антонян Ю.М. с соавторами [3, 4], Дмитриева Т.Б. с соавторами [10] отмечают, что агрессивные действия при алкогольном опьянении в определенной степени обусловлены внешней ситуацией (например, спором, реальной угрозой, ревностью и т.д.). В других исследованиях [2] указывается, что наличие и выраженность агрессивных проявлений зависит от "почвы", на которую воздействует алкоголь. Так, патологическая структура личности, перенесенные черепно-мозговые травмы, сопутствующие психические заболевания приводят к измененным формам опьянения, для которых характерны злобность, гневливость, повышенная конфликтность, двигательное возбуждение, импульсивные действия, угрозы, физическое насилие.

Прослеживается определенная взаимосвязь между агрессией и динамикой алкоголизма. В.Б.Альшутер [2] отмечает, что уже в первой стадии заболевания на фоне сокращения длительности и уменьшения интенсивности эйфории появляются раздражительность, грубость, придирчивость, агрессивность. М.Г.Гулямов [7], М.А.Хидиров [25] показали, что наиболее жестокие деяния против личности чаще наблюдаются на отдаленных этапах алкоголизма (второй и третьей стадий). Однако, по мнению Г.М.Энтина и др. [28], злобность, агрессивность для больных алкоголизмом третьей стадии менее свойственна, в отличие от пациентов с более ранними этапами заболевания.

Абстинентный синдром, вне зависимости от фазы его развития (начало, апогей, редукция), также сопровождается агрессивными проявлениями. Аффективные расстройства агрессивного спектра (раздражительность, гнев, ярость, злоба) имеют тесную связь с патологическим влечением к алкоголю. Эмоциональная составляющая патологического влечения в рамках абстиненции наиболее часто представлена дисфорическими расстройствами разной степени выраженности: от ворчливости, недовольства, угрюмости до напряженности, взрывчатости, агрессивности [2].

По-прежнему актуальна проблема взаимосвязи преморбидных особенностей личности и патохарактерологических проявлений у больных алкоголизмом. При таком подходе агрессивное поведение рассматривается в рамках психопатоподобного синдрома, развивающегося вследствие прямого или опосредованного действия этилового спирта на центральную нервную систему. В связи с про-

грессированием органического энцефалопатического процесса агрессивные проявления достигают значительных степеней выраженности. Индивидуально-психологические особенности нивелируются органическими изменениями, на первый план выступают интеллектуально-мнестические расстройства, слабость суждений, преобладание и неконтролируемость низменных влечений, недержание аффекта, грубый цинизм, снижение этических норм, психическая ригидность, brutality аффекта.

Закономерным финалом течения алкоголизма является психосоциальная деградация, которая сопровождается различными видами девиантного, агрессивного, аутодеструктивного, криминального поведения. Социальная дезадаптация у подобных пациентов проявляется нарушениями в межличностном общении, повышенной конфликтностью, снижением профессионального и социального статуса [15]. Однако многие исследователи отмечают особенно высокий риск агрессивного поведения больных алкоголизмом в тех случаях, когда уже в преморбидном периоде отчетливо проявлялись черты асоциальности и возбудимости [5, 24, 26]. Проведенные психологические исследования показали, что в генезе агрессивных действий важную роль играет не только исходный уровень базовой агрессивности, но и наличие или отсутствие компенсаторных психологических механизмов, личностных структур, тормозящих агрессию [21].

Таким образом, в современной литературе нет единого мнения по поводу причин и характера проявлений агрессии лиц с алкогольной зависимостью, а имеющиеся исследования порой достаточно противоречивы. Выявление взаимосвязи между агрессивностью, личностными особенностями и течением алкоголизма требуют дальнейшего углубленного изучения. Анализ этой клинико-социальной проблемы поможет разработать методы фармакологической и психотерапевтической коррекции отклонений поведения у больных с зависимостью от спиртных напитков.

Цель исследования. Установить взаимосвязь между агрессивным поведением больных алкоголизмом, клиническими особенностями заболевания и типом личностного реагирования на основании изучения агрессивных действий больных алкоголизмом, не подлежавших уголовному наказанию (докриминальной непсихотической агрессии).

Объект и методы исследования

Сплошным невыборочным методом исследовано 80 больных алкоголизмом мужского пола, проходивших стационарное лечение в клинической наркологической больнице №17 г. Москвы в 2006—2007 гг. и наблюдавшихся впоследствии катамнестически. Все обследованные были разбиты на три группы: лица с преморбидными особенностями возбудимого круга, лица с особенностями тормозимого круга и преморбидно условно-гармоничные. Оценка соматического и психического состояния, сбор анамнестических и катамнестических сведений осуществлялся врачом психиатром-наркологом. Полученные данные заносились в специально разработанную карту, включавшую 275 позиций и отражавшую преморбидные

характеристики, воспитание, социальный статус в динамике, особенности течения собственно алкогольной зависимости.

Для соблюдения принципа однородности материала были определены 3 основные критерия отбора больных:

1) наличие у всех исследованных полностью сформированного синдрома зависимости от алкоголя (F-10.25 по МКБ-10), или 2-й стадии алкоголизма;

2) в основные группы включались больные, у которых еще до развития алкогольной зависимости имелись личностные особенности, соответствующие типам:

- возбудимому 39 чел., 48,8% (эксплозивные 16 чел., эпилептоидные 6 чел., истеро-возбудимые 17 чел.),
- тормозимому 19 чел., 23,7% (астеники 12 чел., психастеники 5 чел., сенситивные шизоиды 2 чел.).

В качестве контрольной группы (преморбидно условно-гармоничные) выступали больные, не имевшие до развития алкогольной зависимости черт характера, позволявших соотнести их с каким-либо определенным типом (22 чел., 27,5%).

При оценке личностных особенностей больных использовались работы П.Б. Ганнушкина [6], О.В. Кербикова [14], С.Г. Жислина [11], В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикина [8], А.Е. Личко [18], Ю.А. Александровского [1], Н.Н. Иванца и А.Л. Игонина [13]. Принципиальное разделение исследованных лиц на возбудимый и тормозимый типы личностного реагирования осуществлено в соответствии с научными разработками Т.Б. Дмитриевой [9] и Б.В. Шостаковича [27].

Преморбидные личностные особенности ограничивались уровнем акцентуации у 39 чел. (48,8%) или достигали глубины психопатии (расстройства зрелой личности, F60 по МКБ-10) у 19 чел. (23,7%);

3) из исследования исключались лица:

- с психотическими расстройствами любой этиологии;
- эпилепсией;
- сосудистыми заболеваниями головного мозга вследствие гипертонической болезни и атеросклероза;
- текущими органическими психическими расстройствами, кроме F06.6 (органические эмоционально лабильное (астенические) расстройство), F06.7 (легкое когнитивное расстройство), F07.0 (органическое расстройство). Перечисленные расстройства являются прямым следствием повреждающего действия этилового спирта на центральную нервную систему и встречаются в той или иной степени практически у всех больных алкоголизмом.

При квалификации агрессии использовалась классификация Л.М. Барденштейна и Ю.Б. Можгинского для патологической агрессии (2003 г.).

Использовались следующие методы исследования:

- клинико-анамнестический — сбор сведений от самих больных и их ближайших родственников;
- клинико-катамнестический — длительность катанеза от 6 месяцев до 1 года;
- социометрический — оценка степени и динамики социально-трудовой и семейно-бытовой дезадаптации;
- статистический — математический анализ полученного материала (дисперсионный и корреляционный анализ в рамках компьютерной программы Statistika 5.5, "Anova").

Результаты исследования

Возраст больных варьировал от 24 до 56 лет (в среднем 40,5 лет). Большинство больных (62,0%) имело среднее специальное образование, 25,0% — высшее, 13,0% — незаконченное высшее. Возраст начала систематического употребления алкогольных напитков составлял в среднем 21,6 года (от 12 до 25 лет).

Запойный тип злоупотребления алкогольными напитками был выявлен у 45,0% обследованных, постоянный — у 55,0%. Длительность запоев составляла от 4 до 30 дней (в среднем около двух недель) со светлыми промежутками от 5 дней до 4 мес. (в среднем около 3 недель). Тип пьянства определялся как постоянный при ежедневном употреблении алкогольных напитков более 1 мес. перед госпитализацией (от 2 мес. до 7 лет, в среднем — 11,6 мес.). Средняя доза составляла 1 л водки в сутки (от 0,5 до 2,5 л) у больных с запойной формой злоупотребления и 0,75 л водки (от 0,3 до 1 л) у больных с постоянной формой.

Вначале остановимся на общих характеристиках агрессии у больных алкоголизмом, выявленных в проводившемся исследовании.

При целенаправленном сборе анамнестических сведений выяснилось, что многим обследованным были свойственны несдержанность, раздражительность, гневливость, возбудимость, стремление противоречить, склонность к протестному поведению, грубость, частое употребление бранных и матерных слов, драчливость, разрядка эмоционального напряжения в физических действиях.

Пятая часть больных (20,0%) отличалась этими качествами с детства. В подростковом возрасте выраженную в той или иной степени склонность к агрессивным реакциям обнаруживали уже 62,5% обследованных. Выраженная в большей или меньшей степени агрессивность проявлялась в рамках различных реакций пубертатного криза: эмансипации, оппозиции (больше у больных 1-й группы), имитации и группирования со сверстниками (контрольная группа), гиперкомпенсации (2-я группа). Перечисленные вызывающие формы поведения, встречавшиеся при патологически протекавшем пубертатном кризе, были присущи обследованным, у которых впоследствии сформировалась психопатия, а также акцентуантам воз-

будимого типа. До возникновения проблем с алкоголем наиболее частыми объектами для агрессии были (по убывающей): соученики или приятели (52,5%), отец (22,5%), случайные люди (22,5%), мать (17,5%).

По мере развития пристрастия к алкогольным напиткам и формирования алкогольной зависимости агрессивность отмечалась у подавляющего большинства больных, доходя до 97,5% в возрасте 18–24 лет и до 100% в 36–44 года.

В период злоупотребления алкогольными напитками (таблица) до развития синдрома зависимости агрессивные реакции обследованных в большинстве случаев были направлены на своих же сослуживцев (80,0% от группы), случайных людей и жену (по 67,5%), а также отца и мать (55,0% и 52,5%). На момент обследования основной жертвой негативных реакций больных алкоголизмом становилась жена или сожительница, в чью сторону агрессия распространялась в 72,5% случаев. Относительно остальных перечисленных выше объектов агрессии отмечена тенденция к некоторому снижению. На высоком уровне оставалась вероятность конфликтов с сослуживцами (70,0%), а также случайными людьми (55,4%).

Агрессия чаще проявлялась в состоянии алкогольной интоксикации (55,0% всех обследованных), особенно у больных возбудимого типа (рис. 1). Возникло непреодолимое стремление обсуждать старые обиды со знакомыми людьми, выяснять отношения с незнакомыми, а иной раз и просто подражаться без всяких видимых причин и безразлично с кем. 15,0% случаев агрессивное поведение отмечалось в состоянии абстиненции на фоне дисфорических расстройств. В 30,0% случаев агрессивное поведение было свойственно больным само по себе, вне связи с опьянением и абстиненцией.

Агрессивные реакции, конечно, проявлялись больными в разное время в разном виде. Однако, как правило, это была так называемая прямая агрессия, направленная непосредственно на истинного или мнимого обидчика и выражавшаяся в угрозах, ругани или побоях (70,0%). Равно часто (по 15,0%) проявлялись "смещенные" и "косвенные" агрессивные реакции. "Смещенная" агрессия была направлена на предмет или физическое лицо, близкие по отдельным параметрам основному объекту агрессии или

Таблица

Объект агрессии	До злоупотребления алкоголем	Во время злоупотребления алкоголем	При алкоголизме
Отец	22,5	55,0	25,5
Мать	17,5	52,5	42,5
Брат	—	2,5	2,5
Сестра	2,5	5,0	7,5
Соученики, сослуживцы	52,5	80,0	70,0
Случайные люди	22,5	67,5	55,4
Жена	12,5	67,5	72,5
Сын, дочь	—	10,0	12,5
Неодушевленные предметы	12,5	10,0	22,5

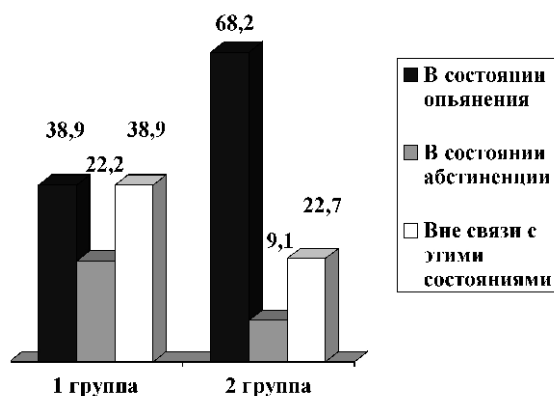


Рис. 1. Связь агрессии с алкогольным опьянением (% от количества обследованных в группах)

на объекты, которые не могут оказать сопротивление. "Косвенное" агрессивное поведение проявлялась в распространении отрицательного мнения, враждебных компрометирующих высказываний об объекте, а не нападение.

Агрессия могла быть выражена различными способами (рис. 2): как активно, так и пассивно, как словами, так и действиями. Наличие агрессивных мыслей и фантазий признавали у себя 42,5% обследованных. Пассивное противодействие окружающим оказывали 60,0% больных. Практически все выражали агрессию вербально — бранились, нецензурно выражались, угрожали (97,5%). Физически-деструктивная форма агрессии (драки, побои) встречалась в 42,5% случаев.

Наблюдавшимся пациентам более свойственны были так или иначе спровоцированные агрессивные действия (рис. 3) — во всяком случае, так расценивали ситуации сами больные (97,5% всех больных). Спонтанная, непроизвольно возникающая агрессия выявлялась также нередко (у 67,5% пациентов).

Агрессивные реакции больных тормозимого круга проявлялись особенно отчетливо в состоянии алкогольного опьянения, наименее выражено — в абстиненции. Больные возбудимого круга обнаруживали агрессивные тенденции равно часто как в опьянении, так и вне его. В ремиссиях, в основном, объект агрессии в подавляющем большинстве случаев (92,7%) оставался тем же. Направленность отрицательных эмоций менялась только у 7,5%.

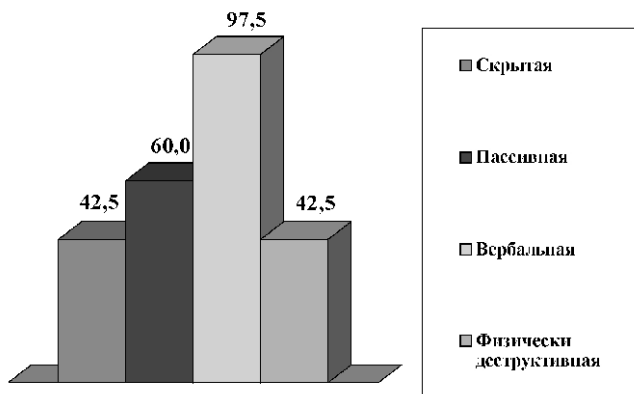


Рис. 2. Наиболее частый способ выражения агрессии (% от общего количества обследованных; могло быть указано несколько вариантов)

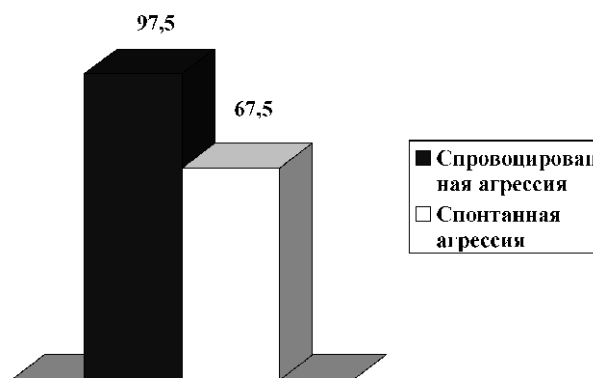


Рис. 3. Преимущественный механизм возникновения агрессии (% от общего количества обследованных; могли быть указаны оба варианта)

Для определения суммарной агрессивности оценивались в баллах следующие показатели: выраженность агрессии в разные возрастные периоды (от 11 до 45 лет и старше), объекты агрессии (родители, члены семьи, случайные люди, сослуживцы, неодушевленные предметы), преимущественный способ выражения агрессии (вербальная, физически-деструктивная, скрытая), связь агрессии с состоянием алкогольного опьянения (есть или нет), направленность агрессии (прямая, косвенная, "смещенная"), механизм возникновения агрессии (спонтанность или спровоцированность).

Минимальные значения суммарной агрессивности по данной системе подсчета составляли 14 баллов, максимальные — 38 баллов. При сумме 14—21 балл агрессивность считалась низкой, 22—30 баллов — средней, 31—38 баллов — высокой.

Выявлено, что суммарная агрессивность на этапе развернутой картины заболевания у больных алкоголизмом:

- с возбудимыми чертами характера — чаще высокая (76,8%) и средняя (23,2%), а низкая отсутствовала;
- с тормозимыми чертами характера — чаще низкая (52,4%) и средняя (40,3%);
- в контрольной группе — чаще средняя (63,7%).

Высокая суммарная агрессивность вдвое чаще отмечалась у тех пациентов, личностные особенности которых еще до развития алкоголизма достигали степени психопатии, чем у акцентуантов и больных контрольной группы (32,8 и 16,0% соответственно), низкая — вдвое реже (12,5 и 27,5% соответственно), средняя — одинаково часто (54,7 и 56,5%). В целом у больных с психопатиями суммарная агрессивность была выше, чем у пациентов с акцентуациями и вошедшими в контрольную группу.

Теперь перейдем к описанию взаимосвязи агрессивных тенденций с клиническими признаками алкогольной зависимости.

У больных с начальной (первой) стадией алкоголизма отмечались следующие признаки заболевания. Первичное патологическое влечение к алкоголю возникало при наличии ситуаций, сопровождавшихся традиционной выпивкой. Вслед за приемом начальных доз алкоголя и появлением легкой степени опьянения появлялось сильное желание продолжить употребление до состояния более выраженного опьянения, что приводило к потере количественного контроля. Происходил постепенный рост то-

лерантности, в результате которого для достижения желаемого состояния требовалось все большее количество алкогольных напитков. Постепенно угасал защитный рвотный рефлекс. В результате передозировок иногда отмечались эпизодические амнезии финала опьянения, а на следующий день — постинтоксикационный синдром с вялостью, адинамией, отсутствием аппетита, снижением настроения. Это состояние не требовало опохмеления. В 1-й группе длительность 1-й стадии составляла от 1 года до 2,5 лет, во 2-й группе — от 3 до 4,5 лет, в контрольной — до 5–6 лет.

Агрессивные реакции возникали, как правило, в состоянии алкогольного опьянения средней степени тяжести. Агрессия по направленности была прямой, по способу выражения — вербальной или физически деструктивной, по механизму — спонтанной или спровоцированной.

Больные 1-й группы существенно чаще, чем остальные, сами завязывали словесные конфликты и драки как со случайными людьми, так и с находящимися с ними в одной компании. Агрессивные реакции в семье выражались в упрямстве, вспыльчивости, конфликтах и ссорах с родителями и женами. Предметом семейных конфликтов было, в основном, само злоупотребление алкогольными напитками. Нарастала агрессивность больных и в трезвом состоянии, особенно у больных возбудимого круга, направленная на ближайшее окружение на работе или по месту учебы.

У больных 2-й группы на начальной стадии зависимости отмечались только спровоцированные вербальные агрессивные реакции в состоянии опьянения. Это выражалось, как правило, в кратковременных семейных ссорах, в которых больные с тормозимыми чертами характера демонстрировали несвойственную им в трезвом виде грубость и придирищность. В контрольной группе выраженных агрессивных тенденций на данной стадии не обнаруживалось.

На средней (второй) стадии зависимости все перечисленные выше признаки заболевания утяжелялись. Патологическое влечение к алкоголю достигало большей интенсивности, возникало не только ситуационно, но и самостоятельно. Несознаваемым, спонтанным, выраженным оно было чаще у больных 1-й группы, реже — в контрольной группе, еще реже — во 2-й группе, где оно носило, как правило, навязчивый характер, нередко с борьбой мотивов. Утрата количественного контроля сочеталась и с утратой контроля над ситуацией — все чаще больные напивались, несмотря на социальные нормы и приличия. Толерантность к алкоголю достигала своего индивидуального максимума. Амнезии становились систематическими и приобретали характер палимпсестов. Картина опьянения отличалась сокращением периода эйфории и появлением психопатоподобных расстройств — эксплозивности, возбудимости (чаще в 1-й группе), истероформности, преходящего аффекта тоски (чаще во 2-й группе). В контрольной группе встречались различные варианты измененного опьянения, но степень его выраженности была меньшей, чем в основных группах. Алкогольная интоксикация приводила к резкому ослаблению компенсаторных механизмов, призванных в нормальном состоянии тормозить проявления агрессии.

Возникавшие на фоне измененного опьянения импульсивные агрессивные реакции носили как прямой, так и "смешанный" характер, выражались в вербальном, физическом или скрытом виде (агрессивные мысли и фантазии). Такая агрессия преследовала враждебные цели (была направлена на причинение вреда жертве). Спровоцированную такую агрессию можно было считать лишь частично, хотя практически все больные утверждали, что без причины никогда не ругались и не дрались. При целенаправленных расспросах же выявлялось, что любой жест или слово оказавшегося рядом человека могли быть истолкованы пьяным как угрожающий или обидный и требовавший немедленного ответа. Субъективный образ ситуации приобретал фрустрирующий смысл. Агрессивные реакции больных 1-й группы чаще носили физически-деструктивный характер и прямую направленность, у больных 2-й и контрольной групп — вербальный и скрытый характер и "смещенную" направленность.

Облигатным признаком 2-й стадии алкоголизма являлся абстинентный синдром с вегетативными, соматическими и неврологическими расстройствами, облегчавшийся при опохмелении. Из психопатологических нарушений больным 1-й группы были более свойственны напряжение, раздражение, тревожно-паранойяльные установки и неприязнь к окружающим, больным 2-й группы — ощущения безысходности, подавленности, виновности, суицидальные мысли. В контрольной группе психопатологическая картина похмельного синдрома отличалась полиморфностью. В рамках абстиненции агрессивность проявляли в той или иной степени все больные 1-й группы, большинство контрольной и меньшая часть 2-й группы. Агрессия носила сугубо инструментальный и социальный характер, так как преследовала единственную цель — получение денег для приобретения алкогольных напитков с целью опохмеления. Для этого больные применяли угрозы в отношении родственников, забирали деньги, предназначенные для нужд семьи, совершали мелкие кражи у своих же товарищей.

Изменения личности, присущие всем больным алкоголизмом, начинались с заострения преморбидных черт характера. У лиц возбудимого круга в структуре аффекта возрастала напряженность и взрывчатость; усиление гнева чаще, чем раньше, сопровождалось агрессивными поступками против ближайшего окружения, которые совершались импульсивно, прежде чем обдумывались, и зачастую не преследовали никаких целей. Перед запоями могли появляться аутохтонные периоды сниженного настроения не только с дисфорическим, но и с тревожно-депрессивным оттенком. На таком фоне имело место мрачное отторжение всех позитивных семейных и производственных дел и нарастание патологического влечения к алкоголю.

Лица истерического круга теряли ситуационную гибкость, интуитивную целенаправленность своих "театральных" реакций. Кроме повседневной склонности к псевдологии, фантазирование отчетливо выступало и как форма реагирования, принимая на фоне недостаточной адаптации карикатурный характер. Истеро-возбудимость приобретала грубую форму и скорое истощение в проявлениях. Периоды пониженного настроения имели характер как дисфорий (у больных с приобретенной истеро- возбу-

димостью), так реактивных субдепрессивных реакций с тоской, слезами и последующей астенизацией (у больных с приобретенными невротоподобными чертами). Подчеркивались страдания, которые никто не может понять. Бурные агрессивные реакции проявлялись вербально, не причиняли физического ущерба ни больному, ни окружающим, но сопровождалась максимально возможным шумом, криками, битьем посуды и привлечением всеобщего внимания к скандалу.

У астенических личностей раздражительная слабость проявлялась преобладанием возбудимости и ранимости над истошаемостью. Исчезали мягкость и склонность мучительно анализировать свои поступки, пропадало преморбидно развитое чувство вины, возникали также элементарные истерические реакции. Недовольство, грубость возникали чаще всего в отношении близких, а не посторонних. Затяжной астенический синдром, в полной мере присущий этим больным, осложнялся подавленностью с мыслями о своей неполноценности, никчемности. Иногда картины пролонгированной тоскливой или, реже, апатической субдепрессии целиком определяли состояние пациентов. Больные, которых преморбидно можно было отнести к сенситивным шизоидам, на 2-й стадии алкоголизма проявляли отгороженность и отчужденность даже с давно знакомыми им людьми, практически теряли способность к общению. Отмечались немотивированные вспышки раздражительности, а также периоды расстройств настроения, клинически близкие к апатической субдепрессии. Больные с астеническими и шизоидными чертами характера проявляли агрессию вследствие развития личностных черт, неоднозначных типу личностного реагирования, которые представляли собой срыв компенсаторных механизмов. Агрессивные реакции, как правило, были следствием долго накапливаемых истинных или мнимых обид, высказать которые больные могли только в состоянии алкогольного опьянения. Выкрики угроз расправы или самоубийства истошались в течение нескольких минут, нередко заканчиваясь бурными рыданиями и ощущением собственного бессилия и беспомощности.

Больные контрольной группы приобретали выраженные в разной степени психопатоподобные черты (эмоциональная несдержанность, гневливость, конфликтность, нетерпеливость, волевая неустойчивость). В ряде случаев возникала и невротоподобная симптоматика (быстрая истощаемость, раздражительная слабость, низкая работоспособность, склонность к сомнениям, тревожным опасениям). Аффективная возбудимость возникала по незначительным поводам, сопровождаясь двигательным возбуждением, которое могло разряжаться в криках, хлопании со всей силы дверями, в поломке и разбрасывании вещей, пинании домашних животных и тому подобных "смешанных" агрессивных реакциях.

Общими для всех больных алкоголизмом являлись нарастание интенсивности и лабильности эмоциональных проявлений, их огрубение, упрощение, появление возбудимости, недостаточно критическое отношение к злоупотреблению алкоголем при относительной сохранности общей критики, морально-этические дефекты. Эти особенности могли достигать, а могли и не достигать степени

алкогольной деградации и получали полное или частичное обратное развитие в ремиссиях.

На 2-й стадии алкоголизма агрессивные реакции отмечались и вследствие анозогнозии — непризнания своей зависимости от алкоголя, собственной роли в ухудшении жизни, отрицание ответственности за ухудшения на производстве и в семейной жизни. Малейшие указания на эти факты со стороны других людей приводили к моментальным вспышкам неадекватной ярости и злости. Этот вид агрессии был менее свойственен только больным контрольной группы, у которых анозогнозия была частичной или отсутствовала.

При длительности алкоголизма свыше 10 лет его клинические проявления соответствовали 2—3 стадиям (всего 11 чел.). Такие критерии, как снижение толерантности, аверсионный синдром вследствие интолерантности и истинные циклические запои у обследованных больных не отмечались, поэтому диагноз 3-й стадии не ставился.

Первичное патологическое влечение к алкоголю проявлялось спонтанно, очень интенсивно, не сопровождалось борьбой мотивов и в течение короткого времени приводило к употреблению алкогольных напитков. Количественный и ситуационный виды контроля утрачивались полностью после приема первичной даже небольшой дозы алкоголя. Неодолимость патологического влечения сочеталась со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и нарушающими нормы общественного порядка (долги, продажа вещей из дома, жестокость в отношении близких). У больных 1-й группы изменение картины опьянения состояло в преобладании эпилептоидных форм с вязким дисфорическим аффектом, придиричивостью, раздражительностью, недовольством, угрюмой напряженностью, доходящей до выраженной злобы. Во 2-й группе наблюдалось опьянение с частичной оглушенностью: больные были пассивны, вялы, безразличны к происходящему. Амнезии, в зависимости от принятых доз алкогольных напитков, могли быть представлены палимпсестами или приобретали тотальный характер.

Нарастающие явления алкогольной энцефалопатии приводили к алкогольной деградации личности, проявлявшейся полным эмоциональным огрубением, исчезновением семейных привязанностей и общественного долга, снижением этических норм, утратой критики, потерей работоспособности, ухудшением памяти. Агрессивные реакции на фоне деградации личности носили спонтанный, непредсказуемый для окружающих характер и были полностью обусловлены перечисленными особенностями психики больных. Барьеры, сдерживающие агрессию — чувство вины, страх порицания, наказания, — фактически отсутствовали. Из-за снижения интеллекта нарушалась способность предвидеть отдаленные последствия своих действий. Общение с асоциальным окружением способствовало искажению социально-нравственных ориентиров и отсутствию моральных норм.

Психопатоподобный вариант деградации был присущ всем пациентам 1-й группы и встречался также в контрольной группе. Больных отличали такие особенности поведения, как грубый цинизм, повышенная возбудимость, бестактные замечания, стремление очернить окружающих, а также истероидные черты — хвастливость и бахвальство. Периодически возникали расстройства на-

строения по типу дисфорий или глубокой подавленности. В наибольшей степени больные обнаруживали склонность к спровоцированным прямым реакциям враждебного типа: частые конфликты, вспыльчивость, грубое поведение, драки возникали по незначительным поводам и становились привычным стереотипом поведения. При психопатоподобном варианте алкогольной деградации от больных можно было услышать резко негативные высказывания о членах семьи, посторонних людях и устройстве общества вообще. Следует отметить, что косвенная агрессия в наибольшей степени свойственна именно данной категории больных алкоголизмом, так как злость и отрицательное отношение к социуму становились у них постоянными чертами личности.

У больных 2-й группы на 2–3-й стадии отмечены признаки алкогольной деградации с аспонтанностью. В таких случаях преобладали вялость, снижение побуждений, утрата интересов и инициативы, паразитический образ жизни. Какая-либо активность появлялась только при необходимости приобрести алкогольные напитки. Подобное поведение можно считать пассивной социальной агрессией.

Алкогольная деградация с преобладанием эйфории характеризовалась беспечным настроением с резким снижением критики к собственному положению и окружающей действительности. Больным были свойственны плоский алкогольный юмор и набор шаблонных речевых оборотов. Наблюдавшиеся с данным видом деградации относились к контрольной группе. Неадекватная оценка ситуации и повышенная внушаемость к влиянию асоциального окружения приводила к тому, что агрессия лиц с эйфорическим вариантом деградации имела социальный характер и выражалась в периодическом бездумном совершении краж и паразитическом образе жизни.

Исходя из перечисленного, предлагаются следующие подходы к психофармакологической и психотерапевтической коррекции агрессивного поведения больных алкоголизмом в рамках курсового лечения. Длительность основного курса лечения должна составлять около 6 недель, из них первые 2 недели проходят в стационаре и требуются для проведения детоксикации, купирования абстинентного состояния и постабстинентных расстройств; затем в течение 4 недель идет поддерживающая терапия. Далее пациенты переводятся на амбулаторное наблюдение с посещениями не реже раза в месяц; при необходимости проводятся повторные курсы лечения. Показаниями к повторным курсам служат:

- 1) рецидив алкоголизма;
- 2) периоды ухудшения психического состояния (обострение патологического влечения к алкоголю, аффективные нарушения, декомпенсация личностных расстройств);
- 3) возобновление агрессивного поведения.

Больным с агрессивным поведением, сопряженным с выраженными личностными расстройствами, рекомендуется проходить профилактические поддерживающие курсы в плановом порядке 2 раза в год по 1–1,5 мес. и обязательно обращаться за медицинской помощью в случаях любого ухудшения психического состояния. При этом назначаются препараты из ранее подобранных схем и

проводится краткосрочное психокоррекционное воздействие.

При наличии агрессивных тенденций или указания на них в анамнезе уже на этапе детоксикации и купирования абстинентного синдрома предпочтительно начинать психофармакологическую седацию. На этапе неустойчивой ремиссии в фармакологические схемы обязательно включаются "малые" нейролептики с седативным действием, антидепрессанты и антиконвульсанты. Это обусловлено необходимостью купирования не только патологического влечения к алкоголю, но и аффективных расстройств депрессивного и дисфорического спектра, которые часто сопряжены с агрессивными действиями в отношении ближайшего окружения. Восстановительная метаболическая терапия (с применением преимущественно ноотропных и витаминных препаратов) облегчает проявления алкогольной энцефалопатии, что также положительно влияет на поведение больных.

Психотерапевтическая работа отличается большей интенсивностью (более длительными и частыми сеансами) при наличии агрессивного поведения, чем при его отсутствии. Положительное воздействие на качество ремиссии оказывает не только индивидуальная, но и семейная психотерапия. Психокоррекционное воздействие (в рамках краткосрочной индивидуальной рациональной или семейной психотерапии) направлено на анализ основных движущих мотивов агрессивного поведения, выявление базовых патологических стереотипов поведенческих реакций и формирование у пациента мотивации на изменение взаимоотношений с окружающими (в первую очередь, с членами семьи). Важными моментами в обсуждении триггерной для агрессивного поведения реакции являются осознание роли самого пациента в ее возникновении, переосмысление роли других участников конфликта и моделирование иных, более адаптивных способов реагирования.

Таким образом, развитие алкогольной зависимости тесно связано с нарастанием частоты проявлений патологической докриминальной агрессии и последовательным видоизменением ее форм. Основной тип личностного реагирования сопряжен с определенными формами и выраженностью агрессивного поведения, отмечающейся у больных алкоголизмом как до развития синдрома зависимости, так и нарастающей в процессе заболевания. По мере прогрессирования алкогольной зависимости агрессивность становится устойчивой чертой личности, видоизменяясь и утяжеляясь в зависимости от стадии заболевания. Для коррекции агрессивного поведения больных алкоголизмом необходим комплексный терапевтический подход, опирающийся на адекватное медикаментозное воздействие и дифференцированную психотерапию.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
2. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — Т.1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С.203–232.
3. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. — М.: Наука, 1987. — 207 с.
4. Антонян Ю.М., Гульдман В.В. Криминальная патопсихология. — М., 1991. — 248 с.

5. Боброва И.Н., Мохонько А.Р. Клинико-социальные характеристики больных с психическими нарушениями алкогольного генеза, совершивших общественно-опасные действия // Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение) / Под ред. Г.В. Морозова — М., 1983. — С.125—131.
6. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964. — 292 с.
7. Гулямов М.Г. Клинические и судебно-психиатрические аспекты патоморфоза алкогольных психозов. — Душанбе, 1991. — 278 с.
8. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск: Изд-во Томского университета, 1993. — 77 с.
9. Дмитриева Т.Б. Динамика психопатий: Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1990. — 346 с.
10. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). — М.: Изд-во ГНЦССП, 2000. — 300 с.
11. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.
12. Иванец Н.Н. Лекции по клинической наркологии. — М., 1995. — 216 с.
13. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1983. — С.75—149.
14. Кербилов О.В. Лекции по психиатрии // Избранные лекции, читанные студентам II Московского государственного медицинского института им.И.В.Сталина в осенний семестр 1952/1953 учебного года. — М.: Медицина, 1955. — 238 с.
15. Коркина М.В., Лакошина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
16. Кондратьев Ф.В. Анализ структуры личности больных алкогольными параноидами в плане их социальной опасности // I-й съезд невропатологов и психиатров Молдавии. — Кишинев, 1981. — Т.2. — С. 88—89.
17. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорюк О.В. Распространенность наркологических расстройств в Российской Федерации в 2004—2005 гг. — М.: ННЦ наркологии, 2006. — 73 с.
18. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1983. — 255 с.
19. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией (диады сын—отец) // Журн. невр. и психиатр. — 2001. — С. 19—22.
20. Наркология / Под ред. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. — М.: Бином, 1998. — 315 с.
21. Сафуанов Ф.С., Иконникова Е.Ю., Филимонова Т.Н., Игонин А.Л. Психологические механизмы агрессивных действий, совершенных в состоянии алкогольного опьянения больными алкоголизмом // Российский психиатрический журнал. — 1997. — № 3. — С.34—36.
22. Сафуанов Ф.С. Комплексная судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально агрессивных действиях: диагностические и экспертные оценки: Информационно-аналитический обзор. — М., 2002. — С. 64.
23. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и личностных отношений: Практическое руководство. — СПб: Речь, 2002. — 96 с.
24. Турова З.Г. Некоторые аспекты социальной деградации при хроническом алкоголизме // Алкоголизм (клиника, судебно-психиатрическое значение). — М., 1983. — С. 145—152.
25. Хидиров М.А. О противоправных действиях больных алкоголизмом // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — Душанбе, 1991. — С.146—148.
26. Чирко В.В., Дроздов Э.С., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Некоторые принципы организации лечения больных в начальной стадии хронического алкоголизма // Тезисы докладов 4-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — Т. 2. — М., 1980. — С. 94—97.
27. Шостакович Б.В. О классификации психопатии // Журнал неврол. и психиатр., 1987. — № 11. — С. 1679—1684.
28. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М., 2002. — 327 с.

INTERRELATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOUR WITH DYNAMICS OF AN ALCOHOLIC DEPENDENCE

SHEVTSOVA Ju.B.

MD, PhD, senior researcher, Depart. of social and forensic Problems of drug and alcohol dependence, Serbsky National Researcher Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow

INDIN A.S.

Post-graduate Fellow, Serbsky National Researcher Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow

The analysis of interrelation of aggressive behaviour with basic clinical parameters of alcoholic dependence and with premorbid type of personal reaction is lead. Prevailing kinds of aggressive behaviour, which inherent patients at different stages of an alcoholism have been established. Dependence of a kind of aggression on an accessory to impulsive or braking type of the person is certain. Are developed the basic approaches to correction of aggressive behaviour within the limits of spent stationary and out-patient treatment.