

Основные варианты органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя

М.В. ГИЛЕНКО

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

The main variants of organic mental disorders comorbid with alcohol dependence

M.V. GILENKO

Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Цель исследования — выявление клинико-патогенетических вариантов органических психических расстройств (ОПР), коморбидных с зависимостью от алкоголя. **Материал и методы.** Обследовали 302 обвиняемых мужского пола, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу. Использовали: клинико-психопатологический метод с учетом динамики состояния обследованных и статистический метод. **Результаты и заключение.** Выделены два основных варианта изучавшейся коморбидной патологии: первичные ОПР, осложненные зависимостью от алкоголя, и зависимость от алкоголя, осложненная вторичным ОПР, различающиеся не только этиопатогенезом, но и клиническим оформлением и динамикой расстройств. Для обоих вариантов коморбидных расстройств были установлены значительные нарушения социальной адаптации и частота совершения тяжких противоправных действий, а также сложности их диагностики и судебно-психиатрической оценки.

Ключевые слова: коморбидность, органическое психическое расстройство, зависимость от алкоголя, судебная психиатрия.

Objective. To identify typical clinical and pathogenetic variants of organic mental disorders (OMD), comorbid with alcohol dependence. **Material and methods.** A study included 302 men who underwent forensic-psychiatric examination. Clinical/psychopathological, clinical/dynamic and statistical methods were used. **Results and conclusion.** Significant disorders of social adaptation, commitment of serious unlawful acts, problems of diagnosis and forensic psychiatric assessment were typical of all comorbid disorders studied. We determined two main variants of this comorbid pathology: 1) primary OMD, complicated with alcohol dependence; 2) alcohol dependence, which caused secondary OMD. These variants differ not only in the etiopathogenesis, but in the clinical design and dynamic of disorders.

Key words: comorbidity, organic mental disorder, alcohol dependence, forensic psychiatry.

В течение последнего десятилетия возрос интерес исследователей к коморбидным расстройствам, что связано со значительной их частотой и трудностями диагностики, связанными с наличием нескольких заболеваний у одного пациента [1–4]. Констатируя рост коморбидной психической и наркологической патологии, некоторые исследователи [5–7] отмечают распространенность органических психических расстройств (ОПР), коморбидных алкоголизму. Это в первую очередь касается судебной психиатрии, что связано со стабильно высоким удельным весом указанных заболеваний в судебно-психиатрическом контингенте пациентов [8]. Кроме того, ОПР являются универсальной патологией, входя в группу расстройств, клинические проявления которых могут быть различной выраженности, от самых незначительных до психотических или слабоумия. Подобная вариабельность наряду с отмечающимся патоморфозом расстройств делает ОПР и зависимость от алкоголя патологией, дающей широкие возможности для изучения явлений коморбидности.

Цель исследования — выявление клинико-патогенетических вариантов ОПР, коморбидных алкоголизму.

Материал и методы

Были обследованы 302 совершеннолетних обвиняемых мужского пола, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского.

Основным критерием для отбора больных был установленный диагноз ОПР (рубрики F00–F09 по МКБ-10) в сочетании с зависимостью от алкоголя (рубрики F10.2–10.7).

Основным методом исследования был психопатологический с учетом динамики состояния обследованных.

Для оценки количественных показателей использовали статистические методы: вычисление абсолютной и относительной частоты признаков, построение и анализ таблиц сопряженности. При анализе таблиц сопряженности оценивали значения статистики Пирсона χ^2 , достигнутый уровень значимости (p). Для сравнения средних в двух группах использовали U-критерий Манна–Уитни. Средние выборочные значения количественных признаков

приведены в тексте в виде $M \pm SD$, где M — среднее выборочное, SD — стандартное отклонение.

Результаты и обсуждение

Анализ литературы показал, что большинство выводов, касающихся проблемы сочетанной (преморбидная и сопутствующая) церебрально-органической патологии у больных алкоголизмом, сводилось к признанию ОНР в качестве predisponирующего фактора, приводящего к утяжелению и усложнению алкоголизма. Хроническая алкогольная интоксикация в свою очередь приводит к формированию психоорганических расстройств.

С целью выявления различий в зависимости от первичности возникновения соответствующей патологии были выделены две группы наблюдений. В 1-ю группу вошли *первичные ОНР, осложненные зависимостью от алкоголя*, — 194 (64,2%) больных; 2-ю группу составили наблюдения *зависимости от алкоголя, осложненные вторичными ОНР* — 108 (35,8%).

Средний возраст обследованных 1-й группы был $35 \pm 11,2$ года, 2-й группы — $50,5 \pm 10,7$ года. Распределение обследованных по возрастным группам представлено на рис. 1.

Соотношение числа обследованных в выделенных возрастных группах показывает, что в 1-й группе чаще встречались лица наиболее активного возраста: молодого — 85 (43,8%) и зрелого — 97 (50%), что не может не сказываться на уровне их социального функционирования и качества жизни. Во 2-й группе преобладали лица зрелого возраста — 67 (62%), но достоверно выше ($p < 0,001$) был и удельный вес обследованных пожилого возраста — 35 (32,4%).

Этиология ОНР во всех случаях была смешанной. Наиболее значимыми этиологическими факторами ОНР были травматическое поражение головного мозга у 279 (92,4%) обследованных, органические поражения головного мозга перинатального и раннего периодов развития у 118 (39,1%), сосудисто-церебральная патология у 88 (29,1%), инфекционное поражение головного мозга у 16 (5,3%). Среди прочих этиологических факторов можно отметить тяжелые соматические и эндокринные заболевания, действие радиации, гипоксические поражения головного мозга (последние имели место у 46 (15,2%) обследованных). Интоксикационный этиологический фактор был выявлен во всех наблюдениях, что связано с критериями отбора (наличие зависимости от алкоголя). Различия в группах состояли в преобладании в 1-й группе ОНР пе-

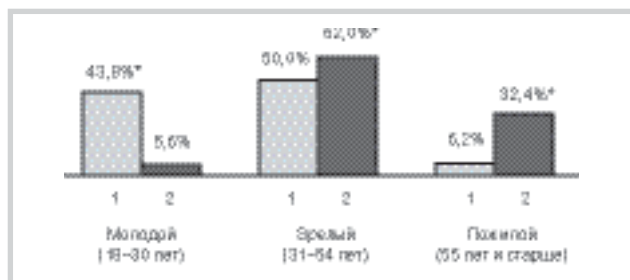


Рис. 1. Возраст обследованных 1-й (1) и 2-й (2) групп на момент проведения исследования.

Здесь и на рис. 2: * — значимые различия между группами на уровне $p < 0,05$.

ринатального поражения головного мозга — 115 (59,3%), а во 2-й группе сосудистых расстройств — 57 (52,8%).

На патогенетическом уровне ОНР были разделены на прогрессивные формы — у 229 (75,8%) обследованных и «резидуальные состояния» — у 73 (24,2%). Под прогрессивными понимались формы ОНР, характеризующиеся последовательным нарастанием психоорганических расстройств, сменой легких регистров поражения более тяжелыми, являющихся болезненным процессом с началом и последовательными стадиями развития болезни [9]. Основной особенностью резидуальных состояний было полное завершение болезненного процесса с переходом его в более или менее стабильное патологическое состояние [10].

По выборке в целом обратило на себя внимание преобладание обследованных с прогрессивными формами ОНР, отражающих не только особенности патогенеза, но и более тяжелый уровень расстройств. При этом во 2-й группе в 100% случаев выявлялись текущие формы патологии. Это может быть объяснено спецификой первичной нозологии — зависимостью от алкоголя, характеризующейся нарастанием психических нарушений и специфических алкогольных поражений внутренних органов.

В таблице приведено диагностическое распределение обследованных на момент проведения исследования. Приведенные в ней данные показывают, что среди обследованных преобладали подэкспертные с ОНР — 211 (69,9%). На втором месте по частоте встречаемости была деменция — 46 (15,2%). Статистически значимые различия в группах заключались в большем удельном весе в 1-й группе ОНР, а во 2-й группе деменций ($p < 0,001$), что свидетельствует о различиях в клиническом оформлении коморбидных расстройств в зависимости от первичности формирования ОНР или алкоголизма.

Наследственная отягощенность психическими расстройствами была выявлена у 148 (49%) обследованных. Из них у 129 (87,2%) наследственность была отягощена алкоголизмом родителей. Удельный вес алкогольной наследственности был одинаковым в обеих группах. Другие психические расстройства (шизофрения, расстройства личности и аффективные, умственная отсталость, эпилепсия) встречались в единичных случаях. В целом чаще психопатологически отягощенная наследственность выявлялась в 1-й группе, т.е. при первичных ОНР, осложненных зависимостью от алкоголя. Она имела место в 108 (55,7%) случаях ($p = 0,01$).

У обследованных 1-й группы чаще, чем во 2-й, в детском возрасте выявлялись неврозоподобные расстройства — у 56 (28,9%), — $p < 0,001$, задержки психического развития — у 64 (33%) — $p < 0,001$, нарушения поведения — у 90 (46,4%) — $p < 0,001$, что объясняется отмеченным выше большим удельным весом выявленной в 1-й группе перинатальной патологии и перенесенных в раннем возрасте экзогенных вредностей. Вследствие этого у лиц из данной группы чаще — у 36 (18,6%) выявлялись трудности усвоения школьной программы из-за имеющейся дефицитности когнитивной сферы, либо отмечались трудности адаптации ребенка в коллективе сверстников, несоответствие его требованиям школьной дисциплины из-за имеющихся эмоционально-волевых расстройств — у 40 (20,6%). Неблагоприятные микросоциальные условия и социально-педагогическая запущенность преобладали в

Диагнозы, установленные при стационарной судебно-психиатрической экспертизе

Диагноз по МКБ-10	1-я группа		2-я группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органическое расстройство личности (F07.08, 07.98)	156	80,4	55	50,9	211	69,9
Расстройство личности в связи с употреблением алкоголя (F10.71)	4	2,1	13	12,0	17	5,6
Деменция (F02.8)	16	8,2	23	21,3	39	12,9
Деменция в связи с употреблением алкоголя (F10.73)	0	0	7	6,5	7	2,3
Легкое когнитивное расстройство (F06.7)	1	0,5	1	0,9	2	0,7
Бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2)	7	3,7	3	2,8	10	3,3
Органические психотические расстройства (F06.8)	1	0,5	2	1,9	3	1,0
Психотическое расстройство в связи с употреблением алкоголя (F10.5)	0	0	1	0,9	1	0,3
Постконтузионный синдром (F07.2)	1	0,5	2	1,9	3	1,0
Эмоционально-лабильное расстройство (F06.6)	8	4,1	1	0,9	9	3,0
Итого	194	64,2	108	35,8	302	100

механизмах школьной дезадаптации у 11 (5,7%) обследованных.

В подростковом возрасте у обследованных 1-й группы чаще — у 60 (30,9%), чем во 2-й группе, выявлялось девиантное поведение ($p=0,02$). В силу отмеченных особенностей детско-подросткового периода лица из этой группы чаще — 131 (67,5%) подвергались действию дополнительных экзогенных вредностей до 18 лет ($p<0,001$).

Таким образом, анамнез обследованных в 1-й группе может быть охарактеризован как «ранний органический» с типичной совокупностью клинических проблем (нарушения развития, психопатологические проявления), затрудняющих адаптацию и полноценное социальное функционирование обследованных. 2-я группа на этапах созревания была более клинически благоприятной, а имеющиеся у 19 (17%) обследованных трудности адаптации в детско-подростковом возрасте были связаны преимущественно с социальными факторами и неблагоприятными условиями микросреды.

Группы различались по уровню образования ($p<0,001$), который в целом был выше во 2-й группе, где многие (50, или 46,3%) смогли получить среднее специальное образование. В 1-й же группе имелись лица (27, или 14%) окончившие только вспомогательную школу или получившие неполное среднее образование (34, или 17,5%).

При анализе трудовой занятости и рода деятельности на момент ареста по настоящему уголовному делу оказалось, что почти $1/2$ обследованных (133, или 44%) не работали. Работающие чаще всего (87, или 28,8%) занимались физическим неквалифицированным трудом. Инвалидность в связи с психическим расстройством имели 36 (11,9%) обследованных, 13 (4,3%) — в связи с соматическим или неврологическим заболеванием. Анализ семейной адаптации показал, что брачные отношения на момент обследования поддерживали только 109 (36,1%) обследованных. Значимых различий в группах по этим показателям не было.

Несмотря на имеющиеся проблемы, связанные с наличием коморбидных психических расстройств, менее $1/2$ обследованных — 130 (43%) до судебно-психиатрической экспертизы попадали в поле зрения психиатра. Это, с одной стороны, характерно для лиц, страдающих ОПР и ал-

коголизмом, в большинстве случаев игнорирующих собственное здоровье. С другой стороны, обращает на себя внимание не только невысокая частота выявляемости этих больных с постановкой их на учет в диспансеры, но и сложности диагностики либо с установлением только одного, наиболее актуального на момент обращения диагноза, либо дифференциально-диагностические сложности, на которые указывает постановка почти в 10% случаев диагноза «прочие психические расстройства» (не ОПР и не расстройства в связи с употреблением алкоголя).

Ранее к уголовной ответственности привлекались 187 (61,9%) обследованных. В 1-й группе почти $1/2$ — 95 (49%) обследованных были судимы 2 раза и более ($p<0,001$). Во 2-й группе, наоборот, 51 (47,2%) обследованный не имел криминального анамнеза (рис. 2).

Анализ деяний, в связи с которыми была назначена настоящая стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, показал высокую частоту совершения агрессивных действий против личности: $1/2$ всех деяний составляли убийства — 151 (50%) случаев, реже тяжкие телесные повреждения — 59 (19,5%), разбой и грабежи — 29 (9,6%).

По настоящему уголовному делу 267 (82,1%) обследованных проходили ранее судебно-психиатрическую экспертизу. При этом в 207 (77,5% от всех проходивших их ранее) случаях диагностические и экспертные вопросы

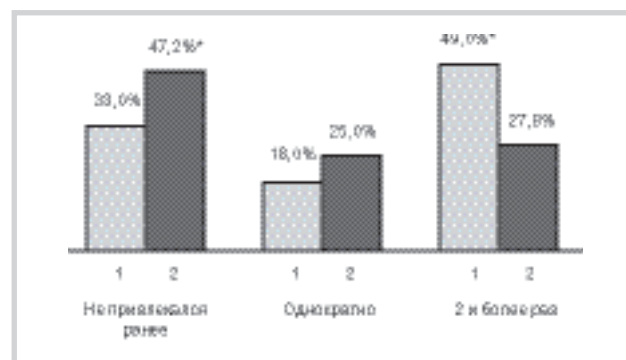


Рис. 2. Распределение больных 1-й и 2-й групп (1 и 2) в зависимости от числа эпизодов привлечения к уголовной ответственности.

решены не были. Принятое экспертное решение только в 28 случаях (48,4% от решенных) совпадало с решением стационарной экспертизы, проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Наличие столь частых «нерешенных» случаев, а также диагностических и экспертных расхождений разных комиссий может свидетельствовать о сложности рассматриваемой коморбидной патологии как в дифференциально-диагностическом, так и экспертном плане, а также отсутствию у экспертов единых подходов к их оценке.

Суммируя изложенные выше результаты, можно выделить следующие существенные моменты:

1. ОПР, коморбидные с зависимостью от алкоголя, по результатам анализа судебно-психиатрического контингента являются серьезной клинико-социальной проблемой прежде всего для лиц трудоспособного возраста. Для всех ОПР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, в судебной психиатрии характерны их смешанная этиология (сочетание травматического и интоксикационного этиологических факторов); прогрессивное течение органических психических расстройств; существенное снижение качества жизни больных в целом, что проявляется в различных сферах их жизнедеятельности — образователь-

ной, профессиональной, брачной; инвалидизация больных в сочетании с недостаточной охваченностью специализированной медицинской помощью, наличием сложностей при диагностике и лечении коморбидных расстройств. В судебно-психиатрическом аспекте общим для ОПР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, является совершение тяжких преступлений против личности, дифференциально-диагностические и экспертные трудности, отсутствие у экспертов единых подходов к судебно-психиатрической оценке коморбидных расстройств.

2. Несмотря на общность ряда этиопатогенетических параметров, основных медико-социальных и судебно-психиатрических проблем, приведенные выше результаты сравнительного клинико-статистического исследования подтверждают обоснованность разграничения всей совокупности указанных коморбидных расстройств на группы: *первичных ОПР*, осложненных зависимостью от алкоголя, и *вторичных ОПР*, выявляющихся в процессе течения зависимости от алкоголя.

Подобное разграничение перспективно, поскольку специфические для разных групп синдромокинез и клиническая динамика определяют различную диагностическую, экспертную и реабилитационную тактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бохан Н.А., Семке В.Я.* Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Томского университета 2009; 510.
2. *Ливень Б.Н.* Экзогенно-органические психические расстройства. Барнаул: Изд-во АГМУ 2013; 236.
3. *Palijan T.Z., Muzinić L., Radeljak S.* Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. *Psychiatria Danubina* 2009; 21: 3: 429—436.
4. *Kelly T.M., Daley D.C.* Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health* 2013; 28: 3—4: 388—406.
5. *Голенков А.В.* Эпидемиологические и судебно-психиатрические аспекты убийств, совершенных больными алкоголизмом, отягощенным коморбидными состояниями. *Наркология* 2011; 10: 30—35.
6. *Зиновьев С.В.* Проблемы «двойного диагноза» в современной отечественной наркологии. *Вестник Санкт-Петербургского университета.* Серия 11. Медицина 2011; 1: 63—70.
7. *Чащина О.А.* Распространенность, клиническая динамика и профилактика синдрома зависимости от психоактивных веществ у лиц с коморбидными психическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск 2011.
8. *Махонько А.Р., Муганцева Л.А.* Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы РФ в 2012 г. Аналитический обзор. М: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» 2013; 21: 188.
9. *Чикин Е.Р.* Клинико-динамические варианты прогрессивного экзогенно-органического поражения головного мозга (судебно-психиатрический аспект): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1995.
10. *Буторина Н.Е.* Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. Челябинск: Изд-во АТОКСО 2008; 192.