Диагностические модели органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя

М. В. Гиленко, В. В. Вандыш-Бубко

Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, г. Москва

Цель исследования: обоснование диагностических моделей коморбидных органических психических расстройств (ОПР) и зависимости от алкоголя для разработки дифференцированных экспертных подходов.
Материалы и методы. С применением клинико-психопатологического, клинико-динамического и статистического методов обследованы 302 лица мужского пола с коморбидными ОПР и зависимостью от алкоголя.
Результаты. Анализ преморбида (неорганический, органическая недостаточность, условный преморбид) позволил выделить основные диагностические модели: первичные и вторичные ОПР, коморбидные с зависимостью от алкоголя. Представлены клинико-патогенетические характеристики и варианты взаимовлияния коморбидных расстройств в выделенных группах.
Заключение. Описанные модели определяют диагностическую, экспертную и реабилитационную тактику на разных этапах развития коморбидной патологии.
Ключевые слова: коморбидность, органическое психическое расстройство, зависимость от алкоголя, судебно-психиатрическая экспертиза.

Diagnostic Models for Comorbid Organic Mental Disorders and Alcohol Dependence

M. V. Gilenko, V. V. Vandysh-Bubko

V. P. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Drug Abuse, Moscow

Study Objective: To provide support for main diagnostic models for comorbid organic mental disorders (OMD) and alcohol dependence in order to develop differential approaches to expert evaluation.
Materials and Methods: The study included 302 male subjects who were undergoing a forensic psychiatric assessment. The study methods included clinical examinations, psychopathological assessments, clinical follow-ups, and statistical methods.
Study Results: Based on the analysis of premorbid conditions (non-organic, organic abnormalities, conditional premorbid abnormalities), the following two main diagnostic models were supported: primary and secondary OMD accompanied by alcohol dependence. The authors identified the main clinical forms of comorbid disorders: dementia, psychotic disorders, personality disorders and other non-psychotic disorders. The study showed that at late stages these conditions have similar clinical manifestations, which do not depend on how the disease developed and progressed. The authors described the key clinical and pathogenic features of these disorders within the framework of the models identified and assessed the impact of comorbid disorders on each other.
Conclusion: The identification of primary and secondary comorbid OMD is justified because this approach results in different tactics for diagnosis, expert evaluation and rehabilitation at different stages of comorbid disorders.
Keywords: comorbidity, organic mental disorders, alcohol dependence, forensic psychiatric assessment.

Констатируя частоту коморбидных психических расстройств в повседневной клинической практике, многие исследователи обращают внимание на актуальность органических психических расстройств (ОПР), сочетанных с алкоголизмом [2–5, 7, 8]. Высокая коморбидность ОПР и синдрома зависимости от алкоголя имеет свою специфическую обусловленность: ОПР представляет собой фактор предиспозиции становления алкогольной зависимости, в частности вариантов ее неблагоприятного течения; алкогольная же зависимость в силу деструктивных тенденций алкоголизма рассматривается как один из важных этиопатогенетических факторов ОПР.

Отмеченное выше в полной мере относится и к судебно-психиатрической практике. Так, по данным отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» за 2013–2014 гг., у 101 из 216 (46,8%) подэкспертных с установленным диагнозом ОПР эти расстройства сочетались с зависимостью от психоактивных веществ, в частности, 75 (34,7%) случаев составляли ОПР, коморбидные с зависимостью от алкоголя.

Цель исследования: обоснование основных диагностических моделей коморбидных ОПР и зависимости от алкоголя с оценкой их взаимовлияния для последующей разработки дифференцированных экспертных подходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе экспертных отделений Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского обследованы 302 лица мужского пола в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст — 40,5 ± 13,3 года), которые прошли стационарную судебно-психиатрическую экспертизу как обвиняемые в совершении правонарушений. Основной критерий отбора — установленные по результатам данной экспертизы диагнозы «органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F00–09 по МКБ-10) и «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя» (рубрики

Вандыш-Бубко Василий Васильевич *— д. м. н., профессор, руководитель отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. E-mail: vandysh@mail.ru*
Гиленко Мария Владимировна *— к. м. н., старший научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. E-mail: mgilenko@yandex.ru*

F10.2–10.7) в качестве патологии, сочетанной с ОПР либо имеющей самостоятельное этиопатогенетическое значение.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический (для сравнения двух независимых групп использовали U-критерий Манна — Уитни, трех и более независимых групп — ранговый дисперсионный анализ Краскела — Уоллиса). Результаты считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

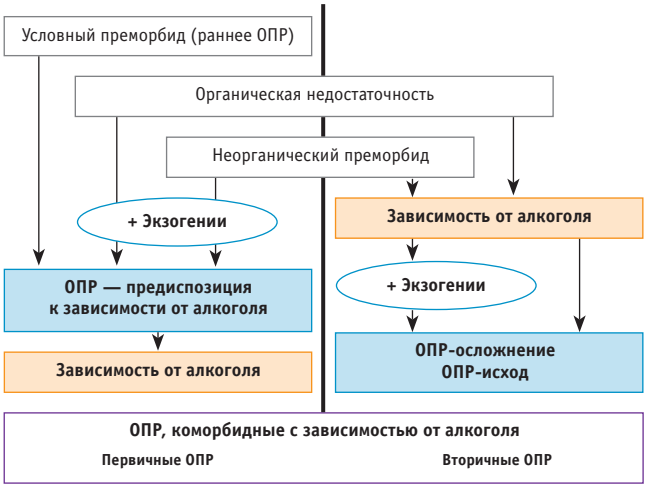
РЕЗУЛЬТАТЫ

В традиционном понимании преморбид представляет собой совокупность факторов (врожденных и приобретенных, биологических и психологических), принимающих участие в возникновении, формировании и течении заболевания. К основным факторам преморбида относят конституционально-биологические особенности, явления резидуально-органической церебральной патологии, интеркуррентные заболевания (как соматические, так и психические) [1]. С учетом специфики материала (коморбидные расстройства) особенности преморбида могут быть рассмотрены как преморбид ОПР и преморбид алкогольной зависимости, что позволяет выделить различные этиопатогенетические модели коморбидных расстройств (*рис.*):

1) условный преморбид (только наследственность) — в случаях выраженного раннего органического поражения ЦНС (n = 109; 36,1%);
2) органическая недостаточность (субклинические варианты последствий перенесенной экзогенной вредности) как фактор риска формирования алкогольной зависимости либо ОПР при неблагоприятных условиях — дополнительных экзогенных вредностях, в том числе интоксикации алкоголем (n = 40; 13,2%);
3) неорганический преморбид (личностные, подростковые поведенческие нарушения, расстройства адаптации) как фактор риска формирования и ОПР, и зависимости от алкоголя (n = 153; 50,7%).

В соответствии с приведенными этиопатогенетическими моделями выделены две принципиально разные группы изучаемых коморбидных состояний. В первую группу наблюдений вошли первичные ОПР, осложненные зависимостью от алкоголя (n = 194; 64,2%); во вторую группу — вторичные ОПР, коморбидные зависимости от алкоголя (n = 108; 35,8%).

Рис. Этиопатогенетические модели коморбидных расстройств.
Примечание. ОПР — органические психические расстройства



Психические расстройства, представленные в первой группе клинических наблюдений, соответствуют той патологии, которую в клинической психиатрии принято называть сочетанной либо осложненными формами заболеваний [6]. Ведущим этиологическим фактором здесь является фактор органического поражения головного мозга, а на определенном этапе динамики, по мере становления состояний зависимости, — и интоксикационный.

ОПР второй группы наблюдений могут быть обозначены как своего рода вторичные по отношению к состояниям алкогольной зависимости, а точнее — как следствие злокачественного течения алкоголизма, обусловленного наличием органической почвы и/или перенесенных экзогенных вредностей.

Характерной особенностью изучаемой коморбидной патологии являлось сходство клинической сущности расстройств на отдаленных этапах заболевания: основным в клинической картине всегда был тот или иной вариант психоорганического синдрома. Интегративная оценка состояния обследованных на момент производства экспертизы в группах первичных и вторичных ОПР, коморбидных с синдромом зависимости от алкоголя, позволила выделить основные варианты их клинического оформления: деменции (F02.8; F10.73; n = 47; 15,6%), психотические расстройства (F06.8x8; F06.28; F10.5; F10.75; n = 14; 4,6%), расстройства личности без отчетливых когнитивных нарушений (F07.08; F10.71; n = 34; 11,2%), расстройства личности с когнитивными нарушениями (F07.08; F07.98; F10.71; n = 195; 64,6%) и прочие непсихотические расстройства (F06.68; F06.78; F07.2; n = 12; 4,0%).

Клинико-патогенетические характеристики коморбидных расстройств

В *группе первичных ОПР, осложненных зависимостью от алкоголя,* преобладали ОПР, начавшиеся в молодом возрасте (n = 181; 93,3%; $p < 0,0001$); был выше удельный вес органических расстройств длительностью свыше 30 лет (n = 58; 29,9%; $p < 0,001$), с высокой значимостью фактора перинатального поражения головного мозга (n = 115; 59,3%; $p < 0,0001$) и связанных с ним специфических клинических проблем (задержки психического развития — в 33% наблюдений, нарушения поведения — в 46,4%, раннего приобщения к употреблению алкоголя — в 24,2% случаев) с дальнейшим нарушением социализации: низким образовательным уровнем, нарушением трудовой и семейной адаптации, неоднократным привлечением к уголовной ответственности.

Клинические проявления ОПР до формирования алкоголизма в группе первичных ОПР были представлены либо органическими личностными расстройствами (ОЛР): ОЛР без отчетливых когнитивных нарушений — в 53,6% случаев, ОЛР с когнитивными нарушениями — в 24,7%, — либо прочими органическими непсихотическими расстройствами — в 21,6% случаев. Ни в одном случае зависимость от алкоголя не формировалась на фоне органических психотических расстройств или деменции.

Проведенное исследование показало, что первичное ОПР во всех случаях оказывало влияние на формировавшуюся алкогольную зависимость, а основным фактором, определявшим специфику этого влияния, являлся клинический вариант ОПР, преморбидного алкоголизму.

Специфику алкоголизма у лиц с ОЛР составляли раннее начало, массивная алкоголизация, нередко в сочетании

с эпизодическим употреблением токсических веществ, ускоренное формирование всех основных синдромов алкоголизма и преобладание с начальных стадий компульсивного характера влечения к алкоголю. Вследствие этого наблюдались длительные запои с короткими светлыми промежутками, практически постоянная форма употребления со значительным ростом толерантности, быстрая утрата количественного, а затем ситуационного и качественного контроля. В течение 3–4 лет формировался алкогольный абстинентный синдром с выраженными соматовегетативным и психическим компонентами, а через 5–6 лет от начала систематического употребления развивались психотические расстройства, характеризовавшиеся полиморфностью с тенденцией к трансформации в случае повторения, что свидетельствовало о высокопрогредиентном течении алкогольной зависимости.

Спецификой алкоголизма у лиц с прочими органическими непсихотическими расстройствами являлись более позднее, чем у лиц с ОЛР, начало систематического злоупотребления алкоголем и формирования зависимости, более длительный этап эпизодического употребления, преимущественно обсессивный характер патологического влечения к алкоголю на начальных этапах зависимости с периодическим его возникновением и длительно сохранявшийся ситуационный и качественный контроль. По сравнению с лицами с ОЛР наблюдались менее длительные запои, меньшая выраженность соматоневрологического и психического компонентов абстинентного синдрома, а также социальной дезадаптации. Кроме того, отмечались редуцированность и синдромальная незавершенность психотических расстройств без тенденции к их трансформации. В совокупности это можно оценить как умеренно-прогредиентное течение алкогольной зависимости.

При анализе изменений клинической картины ОПР после присоединения зависимости от алкоголя (*табл.*) обращало на себя внимание безальтернативное углубление психических расстройств. Кроме того, диагностический спектр имевшихся ОПР расширился за счет более тяжелых органических психотических расстройств и деменции.

С одной стороны, выявленное утяжеление симптоматики объяснялось усилением деструктивных тенденций текущего органического процесса вследствие присоединения дополнительной экзогении (алкогольная интоксикация), что клинически проявлялось усугублением когнитивных нарушений, считающихся патогномоничными для ОПР. С другой стороны, нарастание специфических изменений личности, обусловленных наличием стержневого расстройства алкогольной зависимости — патологического влечения к алкоголю, — приводило к тому, что наиболее частым клиническим вариантом анализируемых коморбидных расстройств были ОЛР с когнитивными нарушениями (n = 136; 70,1%). Обращает на себя внимание и то, что в преморбидной алкоголизму группе ОЛР с когнитивными нарушениями наиболее часто по сравнению с остальными преморбидными группами после присоединения алкоголизма диагностировались деменции (n = 9; 18,7%; p = 0,01).

Таким образом, имеется прямая зависимость между выраженностью первичного ОПР, прогредиентностью и тяжестью формирующихся психических расстройств вследствие употребления алкоголя и спецификой нарушений психики в исходе.

Коморбидные взаимоотношения в группе первичных ОПР могут быть представлены следующими составляющими:

1) ОПР создает предиспозицию для формирования психических расстройств вследствие употребления алкоголя. Основными факторами предиспозиции являются личностные (поведенческие) расстройства в рамках ОЛР и псевдокомпенсаторные (условно психопатологические, аффективные, астенические) в рамках прочих непсихотических органических расстройств;
2) имеющееся первичное ОПР оказывает патокинетическое и патопластическое влияние на формирующуюся зависимость от алкоголя, обусловливая развитие злокачественных ее форм;
3) зависимость от алкоголя, в свою очередь, запускает повреждающий токсический механизм, становясь дополнительным звеном в патогенезе ОПР.

Группа вторичных ОПР, коморбидных зависимости от алкоголя, достоверно отличалась бóльшим удельным весом лиц пожилого возраста (n = 35; 32,4%; p < 0,001). К моменту

Таблица

Изменения клинической картины органических психических расстройств после формирования зависимости от алкоголя

Клинические варианты коморбидных расстройств	Преморбидные алкоголизму группы ОПР							
	ОЛР без отчетливых когнитивных нарушений		ОЛР с когнитивными нарушениями		прочие непсихотические ОПР		всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Деменции	5	4,8	9	18,7	3	7,1	17	8,8
Органические психотические расстройства	5	4,8	3	6,3	–	–	8	4,1
ОЛР с когнитивными нарушениями	75	72,1	36	75,0	25	59,5	136	70,1
ОЛР без отчетливых когнитивных нарушений	19	18,3	–	–	6	14,3	25	12,9
Прочие органические непсихотические расстройства	–	–	–	–	8	19,1	8	4,1
Итого*	**104**	**53,6**	**48**	**24,7**	**42**	**21,7**	**194**	**100**

* В строке "Итого" представлены проценты, рассчитанные от общего количества пациентов.

Примечание. ОЛР — органические личностные расстройства; ОПР — органические психические расстройства.

обследования длительность ОПР составляла от 1 года до 10 лет (n = 49; 45,4%; p < 0,001). ОПР также чаще начинались в зрелом и пожилом возрасте (n = 77; 71,3%; p < 0,001), характеризовались высокой значимостью сосудистого этиологического фактора (n = 57; 52,8%; p < 0,0001), длительным злоупотреблением алкоголем, часто с 3-й стадией зависимости (n = 33; 30,6%; p < 0,01).

У большинства обследованных с вторичным ОПР (n = 82; 75,9%) отсутствовала какая-либо объективная информация о преморбидных алкогольной зависимости перенесенных экзогенных вредностях (неорганический преморбид). У 26 (24,1%) обследованных этой группы в преморбиде алкогольной зависимости имелись указания на перенесенные экзогении без возникновения в дальнейшем каких-либо психопатологических синдромов (органическая недостаточность).

Клинико-статистический анализ показал, что, несмотря на отсутствие при разных вариантах преморбида статистически значимых различий по возрасту формирования ОПР и по удельному весу различных клинических вариантов коморбидных расстройств к моменту обследования, в группе с наличием органической почвы длительность употребления алкоголя была статистически значимо меньшей, чем у лиц, которые до формирования алкогольной зависимости никаких значимых экзогенных вредностей не переносили (органическая недостаточность — 21,1 ± 10,1 года, неорганический преморбид — 25,6 ± 11,1 года; p = 0,03). Это подтверждает выводы ряда исследователей о том, что наличие даже минимального повреждения головного мозга становится фактором, способствующим прогрессированию деструктивного органического процесса, после присоединения дополнительных вредностей, в частности хронической алкогольной интоксикации, с формированием аналогичных по тяжести расстройств в более короткие сроки.

У большинства обследованных коморбидное вторичное ОПР сформировалось на 2-й стадии алкогольной зависимости (n = 82; 75,9%), реже на 3-й (n = 22; 20,4%) и в единичных случаях на 1-й стадии (n = 4; 3,7%). После начала систематического злоупотребления алкоголем и формирования синдрома зависимости лица этой группы переносили травмы головы (n = 81; 75,0%), отравления суррогатами алкоголя (n = 18; 16,7%), церебрально-сосудистые заболевания (n = 49; 45,4%) и прочие экзогении (n = 10; 9,3%). В большинстве случаев именно эта дополнительная экзогенная вредность приводила к тому, что обусловленное хронической алкогольной интоксикацией токсическое повреждение головного мозга принимало то или иное психопатологическое оформление.

При этом можно было выделить два основных варианта коморбидных взаимоотношений в этой группе:

1) ОПР-осложнение (n = 76; 70,4%), когда формировавшееся ОПР видоизменяло клинику алкоголизма (патопластический фактор), в свою очередь подвергаясь патокинетическому влиянию алкогольной зависимости (формирование прогредиентных ОПР);
2) ОПР-исход (n = 32; 29,6%), когда на фоне имевшейся зависимости от алкоголя последовательно перенесенные экзогенные вредности усугубляли деструктивные тенденции алкоголизма (патокинетический фактор), а в дальнейшем, вследствие продолжавшегося токсического воздействия, алкоголизм становился основным этиопатогенетическим фактором для вторичного ОПР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ показал, что разграничение органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя, на первичные и вторичные является не только обоснованным, но и перспективным, поскольку специфические для разных групп синдромокинез и клиническая динамика предопределяют различную диагностическую, экспертную и реабилитационную тактику. В частности, такое разделение анализируемой коморбидной патологии дает возможность более четко формулировать диагноз с выделением различных диагностических кластеров (преобладание тех или иных ведущих психических расстройств) в рамках приоритетной диагностической модели (органическое психическое расстройство или алкоголизм), которая с течением заболевания может меняться.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 640 с.*
2. *Веретило Л. В., Трусова А. В., Егоров А. Ю., Крупицкий Е. М. Злокачественный алкоголизм: особенности формирования и клинические варианты // Наркология. 2014. № 2. С. 42–51.*
3. *Детков Д. В. Резидуальный психоорганический синдром с коморбидным алкоголизмом у подростков (клиника, принципы терапии и реабилитации): Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб., 2012. 26 с.*
4. *Киселев Д. Н. Сочетание алкогольной зависимости с психическими расстройствами: клинические варианты, организационные аспекты: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2014. 22 с.*
5. *Королева Е. В., Харитонова Н. К. Судебно-психиатрическая оценка алкогольной зависимости, сочетающейся с органическими психическими расстройствами, в гражданском процессе // Наркология. 2009. № 4. С. 66–69.*
6. *Пивень Б. Н. Экзогенно-органические психические расстройства. Барнаул: изд-во АГМУ, 2013. 236 с.*
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. 25 с.*
8. *Шереметьева И. И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. … докт. мед.наук. М., 2008. 45 с.*

Библиографическая ссылка:
Гиленко М. В., Вандыш-Бубко В. В. Диагностические модели органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя // Доктор.Ру. Неврология Психиатрия. Детская неврология и психиатрия. 2015. № 5 (106) — № 6 (107). С. 45–48.