

СИНДРОМОКИНЕЗ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Т.В. Клименко, А.А. Козлов, А.А. Романов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П.Сербского*

Многочисленными предыдущими исследованиями было показано, что алкогольное опьянение является одним из основных провоцирующих противоправное поведение факторов [2, 3, 5, 7, 16–18]. По данным отечественных авторов, в состоянии алкогольной интоксикации совершается 70,2% насильственных преступлений; 72,2% убийств, 64% сексуальных преступлений, 57% случаев бытового насилия и 54% случаев насилия над детьми [3, 7, 8]. Близки к российским данным и данные иностранных авторов. Согласно зарубежным исследованиям, с употреблением алкоголя связано более половины всех совершенных преступлений: 50% убийств; 15% грабежей, 26% разбойных нападений и 37% изнасилований [18].

Высокий криминогенный потенциал алкогольной ситуации обычно связывают со следующими эффектами алкоголя на организм человека:

- растормаживающее воздействие на эмоционально-волевую сферу;
- влияние на критические и прогностические способности;
- облегчение реализации скрытых, компенсированных агрессивных тенденций, которые не контролируются в состоянии алкогольной интоксикации из-за слабости волевых механизмов и вследствие нарушения критических и прогностических функций [1, 7, 9].

Однако многими исследователями утверждается, что в типичных случаях состояние алкогольного опьянения за счет преимущественно затормаживающего воздействия на центральную нервную систему человека не только не стимулирует, а даже препятствует формированию агрессивных форм поведения, в том числе и противоправного характера [9, 16]. Утверждается, что увеличение противоправной активности в состоянии алкогольной интоксикации связано не столько с самим фактом алкогольного опьянения, сколько с формированием его атипичной клинической картины [9, 10].

В отличие от «простого» алкогольного опьянения, синдромокинез которого отличается последовательной сменой относительно короткого периода

стимуляции психической деятельности более продолжительным периодом ее седации с угнетением настроения [11], состояние опьянения расценивается как атипичное при отсутствии указанной двухфазной динамики его клинической картины. Типичное для этанола двухфазное действие было подтверждено с помощью электроэнцефалографических и психофизиологических методов исследования [13]. Нередко клиническую картину алкогольного опьянения расценивают как атипичную при развитии в ее структуре эмоционально-волевых и когнитивных расстройств, различных по глубине и психопатологической картине расстройств сознания, обманов восприятия, бредовых расстройств, что нередко является одной из причин совершения нелепых и не свойственных структуре личности обвиняемого и подозреваемого противоправных действий [4, 6, 9].

Развитие атипичной клинической картины алкогольного опьянения обычно связывают с влиянием так называемой «временной» или «постоянной» почвы [6, 12, 14]. Среди факторов «временной» почвы чаще отмечают разного рода психогении, психофизическое переутомление, острые вирусные инфекционные заболевания, а среди факторов «постоянной почвы» называют расстройство зрелой личности, органическое психическое расстройство и наличие алкогольной зависимости [10].

Целью данного исследования стало изучение клинико-динамических характеристик простого и атипичных форм алкогольного опьянения. При этом под алкогольным опьянением понималось преходящее состояние, состоящее в причинно-следственной связи с приемом алкоголя и проявляющееся специфическими признаками интоксикации алкоголем в сочетании с клинически значимыми нарушениями уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

Состояние алкогольного опьянения расценивалось как простое при наличии двухфазной динамики его развития. Состояние опьянения независимо от психопатологической структуры острой алко-

гольной интоксикации расценивалось как атипичное при отсутствии в его клинике двухфазного синдрома мокинеза.

Материал и методы исследования

Клинико-анамнестическим, клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами в результате сплошной выборки обследовано 116 мужчин, которые в период инкриминируемого им противоправного деяния находились в состоянии алкогольной интоксикации и были подвергнуты в связи с этим амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации в период с 2010 по 2013 годы (далее – подэкспертные). Поскольку клиника алкогольной интоксикации у подэкспертных в период инкриминируемого им деяния оценивалась ретроспективно по показаниям свидетелей из материалов уголовного дела и по данным клинико-анамнестического исследования, для верификации клинических данных по психопатологии алкогольного опьянения клинико-психопатологическим и клинико-анамнестическим методами было обследовано 50 пациентов медицинской клиники «Нелпер» (далее – пациенты), которые поступили туда для лечения в состоянии алкогольного опьянения и по своим социально-демографическим и клиническим характеристикам были сопоставимы с аналогичными параметрами подэкспертных.

Из исследования исключались лица с манифестными формами эндогенных заболеваний.

Все обследованные – мужчины в возрасте от 18 до 56 лет. Средний возраст обследованных – $39 \pm 0,6$ лет.

В соответствии с целью исследования и в зависимости от особенностей клинической картины алкогольного опьянения, все обследованные были разделены на лиц, у которых в актуальной ситуации (для подэкспертных – период совершения инкриминируемого противоправного деяния, для пациентов – поступление в клинику для лечения) констатировалась атипичная форма алкогольного опьянения (группа I или основная группа исследования) и простая форма алкогольного опьянения (группа II или контрольная группа). В соответствии с разделением обследованных лиц на группы исследования и в зависимости от особенностей исследованного контингента лиц (испытуемый и пациенты), были выделены следующие подгруппы исследования:

- Подгруппа IA – *атипичная* форма алкогольного опьянения у подэкспертных – 99 человек (59,6%).

- Подгруппа IB – *атипичная* форма опьянения у пациентов наркологической клиники – 38 человек (22,9%).

- Подгруппа IIА – *простая* форма алкогольного опьянения у подэкспертных – 17 человек (10,2%).

- Подгруппа IIБ – *простая* форма опьянения у пациентов наркологической клиники – 12 человек (7,2%).

Относительно большая доля подэкспертных, у которых в актуальной ситуации наблюдалась атипичная форма алкогольного опьянения (99 из 116; 85,3%), объясняется тем, что именно атипичная клиническая картина алкогольной интоксикации расценивается многими авторами как одна из основных причин совершения противоправных действий [4, 9]. Большая доля пациентов наркологической клиники с атипичной формой алкогольного опьянения (38 из 50; 76%) может быть связана с тем, что эти пациенты в отличие от подэкспертных отбирались для данного исследования не методом сплошной выборки, а выборочно, чтобы максимально соответствовать по своим социально-демографическим параметрам подэкспертным.

У большинства обследованных лиц была выявлена сочетанная психическая патология, причем у лиц I группы в обеих подгруппах она отмечалась достоверно чаще, чем у лиц группы II (соответственно 89% и 51%). У лиц I группы чаще отмечалась сочетанная патология в виде алкоголизма (по подгруппам соответственно 49% и 67%) и органического психического расстройства (45% и 67%). У лиц II группы чаще отмечена сочетанная патология в форме расстройства зрелой личности (по подгруппам соответственно 46% и 39%) и достоверно реже – органическое психическое расстройство (34% и 21%) и – алкоголизм (16% и 7%).

Помимо сочетанной психической патологии, у пациентов наркологической клиники (подгруппы IB и IIБ) отмечались разнообразные соматические расстройства. У подэкспертных (подгруппы IA и IIА) соматическая патология выявлялась достоверно реже. Это может быть связано с тем, что именно ухудшение соматического состояния является одним из основных поводов для обращения за медицинской помощью в наркологическую клинику.

Наиболее частой соматической патологией в обеих группах исследования была сердечнососудистая патология (соответственно по подгруппам 17%, 36%, 18% и 23%).

Примерно у трети обследованных были выявлены клинические признаки алкогольной зависимости (по подгруппам соответственно 49%, 67%, 16%, 7%). При этом у лиц I группы алкоголизм отмечался достоверно чаще, чем у лиц II группы. Во всех случаях диагностировалась 2 стадия алкогольной болезни.

У лиц II группы алкогольная зависимость по своим клинико-динамическим параметрам отличалась более прогрессивным течением: более продолжительный и более тяжелый абстинентный синдром, более высокий уровень толерантности к алкоголю, более короткие сроки формирования основных алкогольных расстройств.

Стаж злоупотребления алкоголем к периоду обследования у большинства лиц I группы был больше 10 лет (по подгруппам соответственно 54% и 31%), а у лиц II группы – не более 10 лет.

Толерантность к алкоголю по всем подгруппам исследования была высокой. Но при общем высоком уровне толерантности к алкоголю у лиц I группы она была достоверно выше.

К периоду настоящего обследования у большинства обследованных лиц I группы отмечался систематический ритм употребления спиртных напитков (66%, 54%), достоверно реже – эпизодическое употребление (12%, 23%) и употребление в форме запоев (12%, 13%). У лиц II группы, наоборот, достоверно чаще отмечены запойные формы пьянства (59% и 49%).

Лица I группы чаще употребляли вино (36% и 28%), аптечные настойки (12% и 18%). Лица II группы чаще употребляли водку (64% и 46%) и слабоалкогольные напитки (14% и 29%). Среди слабоалкогольных напитков лица I группы предпочитали дешевые коктейли, а лица II группы – пиво.

Актуальное состояние алкогольного опьянения во всех случаях развивалось на фоне патологически измененной «почвы» – постоянной или временной.

Постоянная «почва» была представлена психическими расстройствами вследствие расстройства зрелой личности (34%, 45%, 46%, 39%), органического психического расстройства (45%, 67%, 34%, 21%) или алкогольной зависимости (49%, 67%, 16%, 7%) в форме разнообразных стойких психических расстройств, психопатологическая структура и выраженность которых определялись особенностями коморбидной психической и соматической патологии.

Почти в половине случаев выявлялась так называемая **временная «почва»** в форме непосредственно предшествующей состоянию алкогольного опьянения психотравмирующей ситуации (56,7%; 42,5%; 23,5%; 14,9%), острого простудного или вирусного заболевания (52,3%, 44,6%; 11,8%; 16,9%). Временная «почва» либо в форме психогении, либо

Позитивные психопатологические феномены



Дефицитарные психопатологические феномены



в форме острого соматического заболевания, чаще – острая вирусная инфекция, достоверно чаще выявлена у лиц II группы.

Результаты исследования

Клинико-психопатологический анализ клинической картины простого и атипичного алкогольного опьянения показал, что оно проявлялось психопатологическими расстройствами широкого диапазона от астенических до коматозных и психотических состояний. Все выделенные психопатологические расстройства по аналогии с разработанным А.В.Снежневским [15] принципом были разделены на продуктивные (позитивные) и дефицитарные. Выделенные в рамках алкогольного опьянения позитивные и дефицитарные психопатологические и поведенческие расстройства были ранжированы в соответствии с последовательностью их развития в рамках патокинеза состояния алкогольного опьянения. При этом оказалось, что в большинстве случаев по мере углубления состояния алкогольной интоксикации развитие клинической картины алкогольного опьянения происходило за счет формирования психопатологических расстройств либо позитивного (позитивный тип патокинеза опьянения), либо дефицитарного (дефицитарный тип патокинеза алкогольного опьянения) типа, а последовательность их развития в рамках позитивного и дефицитарного типов патокинеза соответствовала выделенной А.В.Снежневским последовательности углубления уровня поражения психической деятельности (рисунок).

При **позитивном типе патокинеза** алкогольного опьянения по мере углубления состояния алкогольной интоксикации наблюдалось последова-

тельное формирование позитивных психопатологических феноменов от гиперстенического варианта астенического синдрома (повышенная раздражительность, склонность к брутальным действиям, легко истощаемые брутальные аффективные реакции, инсомния) и аффективных расстройств (дистимический или субдепрессивный фон настроения, дисфорические реакции) до появления личностных реакций по эмоционально-неустойчивому или истерическому типам, двигательных и поведенческих расстройств (конфликтность, вызывающее и провокационное поведение, ауто- и гетероагрессия).

При *дефицитном типе патокинеза* по мере нарастания алкогольной интоксикации последовательно формировались: астенический синдром гипостенического типа (эмоциональная лабильность, психофизическая истощаемость, снижение внимания), снижение качества мышления с нарастанием клинически выраженных когнитивных расстройств (замедленность, нарушение целенаправленности, малопродуктивность, персеверативность, обстоятельность, снижение продуктивности, торпидность), эмоциональная обедненность, апато-булические проявления, обеднение двигательной сферы, коматозное состояние.

Последовательное формирование психопатологических расстройств в рамках позитивного или дефицитного типа патокинеза алкогольного опьянения могло завершиться на любом из перечисленных этапов его развития. В зависимости от клинических особенностей завершающего этапа алкогольного опьянения были выделены его клинические варианты, которые соответствовали традиционно выделяемым вариантам алкогольного опьянения и отражали последовательное углубление уровня поражения психической деятельности по мере нарастания алкогольной интоксикации.

При позитивном типе патокинеза были выделены: 1) астенический (гиперстенический) → 2) маниакальноподобный → 3) эксплозивный и истерический варианты → 4) паранойяльный вариант → 5) эпилептоидный.

При дефицитном типе патокинеза были выделены следующие варианты атипичного алкогольного опьянения: 1) астенический (гипостенический) → 2) депрессивный → 3) с когнитивными расстройствами → 4) с нарушением побуждений → 5) с нарастающим помрачением сознания от легкого оглушения до комы.

Последовательное развитие психопатологических феноменов в рамках позитивного и дефицитного типа патокинеза алкогольного опьянения отличалось вариабельностью, в связи с чем было выделено несколько вариантов интоксикационного синдрома в структуре алкогольного опьянения:

1. По однородности клинической картины: а) однотипный вариант с последовательным углублением

психопатологических расстройств в рамках одного типа патогенеза; б) смешанный вариант со сменой одного типа патокинеза на другой.

2. По завершенности клинической картины: а) законченный патокинез алкогольного опьянения с последовательным развитием всех психопатологических феноменов в рамках сформированного типа патокинеза; б) незавершенный, при котором феноменологический процесс завершился на одной из последовательных стадий патокинеза.

3. По характеру формирования: а) медленнопрогредиентный, когда последовательное развитие интоксикационного синдрома происходило в течение суток; б) быстропрогредиентный, развивающийся в течение нескольких часов.

Клинико-динамические особенности алкогольного опьянения определялись комплексом факторов, основными среди которых были:

- вид и выраженность коморбидной патологии (расстройство личности, органическое психическое расстройство, алкогольная зависимость);
- вид и качество употребляемого спиртного напитка;
- объем и скорость употребления спиртного напитка;
- уровень толерантности к алкоголю;
- наличие хронического соматического или неврологического заболевания, его фаза и степень тяжести;
- наличие патогенных факторов, возникших непосредственно перед употреблением спиртного напитка, так называемая временная «почва», ее вид и выраженность;
- соматически ослабленный фон: наличие хронических соматических и неврологических заболеваний.

Форма патокинеза алкогольного опьянения и законченность его клинического стереотипа, помимо индивидуальных психофизиологических особенностей, определялись особенностями временной и постоянной «почвы». Позитивная форма патокинеза наблюдалась при наличии коморбидной психической патологии и острой психогении, как фактора временной «почвы». Дефицитная форма патокинеза чаще развивалась при наличии хронической соматической патологии и острых соматических заболеваний, предшествующих алкогольному опьянению. В соответствии с этим в терапевтической наркологической клинике чаще выявлялись лица с дефицитной формой патокинеза алкогольного опьянения, а среди судебно-психиатрического контингента – лица с позитивной формой патокинеза алкогольного опьянения.

Заключение

В структуре алкогольной интоксикации развивается широкий спектр психических расстройств в диапазоне от продуктивно-психотических до коматозных через многообразные психопатологические

расстройства пограничного уровня. К позитивным психопатологическим феноменам алкогольной интоксикации относятся астенический синдром гиперстенического типа, аффективные расстройства, личностные реакции по эмоционально-неустойчивому и истерическому типам, двигательные и поведенческие расстройства и расстройства сознания. К дефицитарным психопатологическим феноменам алкогольной интоксикации относятся гипостенический тип астенического синдрома, снижение качества мышления и его замедленность, эмоциональное обеднение, апатобулические расстройства, обеднение двигательной сферы, кома. Последовательность развития психопатологических феноменов позитивного и дефицитарного ряда в структуре алкогольного опьянения соответствует сформулированной А.В.Снежневским [15]

последовательности (углублению) поражения уровня психической деятельности по позитивному и дефицитарному типам.

Последовательное развитие психопатологических феноменов позитивного и дефицитарного типа отличается вариабельностью, в связи с чем наблюдаются однотипный вариант алкогольного опьянения с последовательным углублением психопатологических расстройств в рамках одного типа патокинеза и смешанный вариант со сменой одного типа патокинеза на другой.

Форма патокинеза алкогольного опьянения и завершенность его стереотипа, помимо индивидуальных психофизиологических особенностей, определяются особенностями временной и постоянной «почвы».

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшуллер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. М., 1994. 216 с.
2. Андреева И.В. Изменения личности при алкогольной зависимости (клинический и нейропсихологический аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.
3. Андриенко Ю.В. В поисках объяснения роста преступности в России в переходный период: криминометрический подход // Экономический журнал ВШЭ. 2001. Т. 5, № 2. С. 194–220.
4. Бохан Н.А., Семке В.А. Клиническая типология осложненных форм опьянения при ассоциированных формах алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1997. № 4. С. 39–43.
5. Брошу С., Мотиук Л., Курнуайер Л.-Г., Пернанен К. Наркотики, алкоголь и преступность: причинно-следственные связи в среде заключенных Канадских федеральных тюрем // Бюллетень по наркотическим средствам. 2000. № 1–2. С. 68–69.
6. Гурович И.Я. Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии больных шизофренией: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1971. 513 с.
7. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и соавт. Злоупотребление психоактивными веществами. М., 2000. 300 с.
8. Игонин А.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, злоупотребляющих ПАВ. Пособие для врачей / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Т.В.Клименко, А.Л.Иголина и соавт. М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2000. 28 с.
9. Качаев А.К. Судебно-психиатрическая экспертиза простого алкогольного опьянения: Руководство для врачей / Под ред. Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 211–221.
10. Кедров А.А. Психопатологическая структура острой алкогольной интоксикации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 1989. 26 с.
11. Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А.Кошкиной. М.: Гениус Медиа, 2011. 580 с.
12. Олифиренко Н.Ю. Атипичные формы острой интоксикации алкоголем у лиц с органическим психическим расстройством (клиника, диагностика, судебно-психиатрическое значение): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002. 181 с.
13. Проскуракова Т.В., Нужный В.П., Рожанец В.В. Фармакология и токсикология психоактивных веществ // Наркология. Национальное руководство / Под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой. М.: Гэотар-Медиа, 2008. С. 134–174.
14. Ревенок А.А. Структурно-динамическая характеристика алкоголизма и особенности алкогольного опьянения у лиц, перенесших черепно-мозговую травму: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1990. 22 с.
15. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М., 1983. Том 1.
16. Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф. Алкогольная тревога. Харьков: Коллегиум, 2008. 752 с.
17. Anderson P. Alcohol and Risk of Physical Harm. 1995. P. 82–113.
18. Babor T.F. Linking Science to Policy // Alcohol Research and Health. 2002. Vol. 26, N 1. P. 66–74.

СИНДРОМОКИНЕЗ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Т.В. Клименко, А.А. Козлов, А.А. Романов

По результатам клинко-динамического анализа выделены позитивный и дефицитарный типы патокинеза алкогольного опьянения. Показано, что тип патокинеза алкогольного опьянения и завершенность его стереотипа определяются особенностями временной и постоянной «почвы». Показано, что традиционно выделяемые варианты атипич-

ного алкогольного опьянения являются последовательными этапами алкогольного интоксикационного синдромогенеза.

Ключевые слова: алкогольное опьянение, патокинез, синдромогенез, временная и постоянная «почва».

SYNDROMOKINESIS OF ALCOHOL INTOXICATION

T.V. Klimenko, A.A. Kozlov, A.A. Romanov

Clinical-dynamic analysis has revealed positive and deficiency types of alcoholic intoxication pathokinesis. The type of pathokinesis and the completeness of the pattern seem to depend on characteristics of transient and permanent vulnerabilities. The authors suggest that traditionally distinguished

variants of atypical alcohol intoxication happen to be consequent stages of alcohol intoxication syndromogenesis.

Key words: alcohol intoxication, pathokinesis, syndromogenesis, transient and permanent vulnerabilities.

Клименко Татьяна Валентиновна – доктор медицинских наук, заведующая отделением ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; главный научный сотрудник ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздрава России.

Козлов Александр Александрович – доктор медицинских наук, главный врач ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: aakozlov@inbox.ru

Романов Андрей Афанасьевич – аспирант ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации