

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

А.В. Новохацки^{1,2}, М.М. Денисламов²

¹ Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск

² Челябинская областная наркологическая больница, г. Челябинск

Рассматриваются клинико-психологические особенности нарушений психических функций, характерные для больных алкоголизмом. Описаны основные характеристики изменения биоэлектрической активности головного мозга при алкоголизме. Приведены результаты исследования, направленного на выделение специфических паттернов картины нарушения психической деятельности при алкоголизме с помощью табличного метода диагностики вариантов органических расстройств.

Ключевые слова: алкоголизм, нарушения высших психических функций, органическое психическое расстройство.

Введение. В общемировой практике и в России, в частности, длительное злоупотребление алкоголем является одним из ведущих факторов риска инвалидизации и преждевременных случаев смерти (Иванец, 2008; Руководство ..., 2007). В значительной мере это обусловлено токсическим действием этанола на нервную систему в целом и, особенно, на структуры головного мозга, что приводит к различным нарушениям высших психических функций (Ерышев, 2002; Иванец, 2008; Пятницкая, 1977; Руководство..., 2007; Сиволап, 2006; Шабанов, 2003; Thomson, 2002).

В отечественных и зарубежных публикациях приводится множество данных о нарушениях в интеллектуально-мнестической сфере больных алкоголизмом (Ерышев, 2002; Иванец, 2008; Пятницкая, 1977; Руководство..., 2007; Сиволап, 2006; Шабанов, 2003; Thomson, 2002). В частности И.И. Пятницкой и соавт. (1977) было показано, что нарушения фиксационной памяти развиваются уже через 5–6 лет систематического пьянства, и одновременно с ними развиваются эмоционально-личностные и поведенческие расстройства. Примерно на этот же период заболевания, по мнению разных авторов (Иванец, 2008; Пятницкая, 1977; Руководство..., 2007; Шабанов, 2003), приходится и начало формирования нарушений мыслительной деятельности. При этом на ранних этапах алкоголизма отмечается преимущественно снижение динамического компонента мышления, с последующим присоединением и нарастанием дефекта операционального компонента. Снижение собственно интеллекта, как правило, рассматрива-

ется преимущественно в картине алкогольных энцефалопатий, что объясняется формированием грубой неврологической патологии в поздних периодах заболевания (Ерышев, 2002; Иванец, 2008; Сиволап, 2006; Шабанов, 2003). Также в литературе описаны многочисленные попытки выделения специфических для алкоголизма паттернов изменения биоэлектрической активности головного мозга посредством применения инструментальных методов исследований, в частности, электроэнцефалографии (Руководство..., 2007; Шабанов, 2003). Однако при этом подчеркивается, что сегодня отсутствуют какие-либо единые паттерны изменения биоэлектрической активности (БЭА), специфичные для больных алкоголизмом. В то же время, неоспоримым остается факт развития органической патологии головного мозга у больных алкоголизмом, с последующим формированием клинического психоорганического синдрома, которому в патопсихологии соответствует экзогенно-органический синдром.

Отдельного внимания заслуживают исследования нейропсихологических особенностей, характерных для соматоневрологических последствий хронической алкоголизации (Руководство..., 2007; Шабанов, 2003). Немногочисленные данные, отражающие специфику нейропсихологического статуса больных алкоголизмом, представляют особый интерес в контексте определения прогноза заболевания, вариантов его исхода и определения реабилитационного потенциала больных наркологического профиля.

В связи с этим актуальными являются задачи квалификации степени и уровня нару-

шений психической деятельности у больных с алкогольной зависимостью, решение которых направлено на определение прогноза и реабилитационного потенциала больных, а также определение мероприятий по целенаправленному внедрению в наркологическую практику специфических методов нейрореабилитации.

Цель исследования. Определение структуры нарушений высших психических функций у больных хроническим алкоголизмом с последующей разработкой математической модели, характерной для разной длительности заболевания.

Материалы и методы. Экспериментальная группа включала 68 больных с диагнозом «Хронический алкоголизм. II стадия. Запойная форма» (в том числе 36 мужчин и 32 женщины в возрасте в среднем 42 года). Стаж злоупотребления алкоголем составил более 5 лет.

В качестве методов исследования использовался разработанный алгоритм нейропсихологического обследования, включающего пробы на исследование всех видов праксиса, гнозиса и интеллектуально-мнестической деятельности с учетом этиологического фактора заболевания, пробы на оценку нейродинамических параметров психической деятельности. В рамках этого алгоритма было предусмотрено экспертное оценивание наличия органического расстройства в соответствии с процедурой применения ранее разработанного табличного метода диагностики (Рязанова, 2009). Основной задачей включения в состав батареи обследования, обеспечивающей психодиагностическими данными алгоритм табличного метода диагностики расстройств, была проверка возможности распространения диагностического потенциала этого метода на материалы исследования больных алкоголизмом. Кроме того, проводилась проверка соответствия клинико-психологических характеристик патопсихологического экзогенно-органического синдрома, сформировавшегося вследствие длительного злоупотребления алкоголем, аналогичным характеристикам этого синдрома иной этиологии (в частности, с результатами аналогичного по объему и содержанию обследования больных с отдаленными последствиями ЧМТ).

Дополнительно всем пациентам проведено электроэнцефалографическое обследование (ЭЭГ). Исследование биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга проводилось на компьютерном энцефалографе ЭНЦЕФАЛАН-131-03 в режиме монополяр-

ной записи с разнесенным референтом и осуществлялось посредством регистрации отведений с 19 электродов, расположенных на поверхности головы.

Исследование проводилось в состоянии расслабленного бодрствования испытуемых при закрытых глазах, а также с проведением стандартных функциональных проб: открывание глаз (ОГ), закрывание глаз (ЗГ), ритмической фотостимуляции (РФС) в широком диапазоне от 3 до 27 Гц и пробы с гипервентиляцией (ГВ) продолжительностью до 3 минут.

С целью разработки сравнительной математической модели картины нарушений высших психических функций использовался метод дискриминантного анализа полученных данных. В качестве дискриминирующей функции задавался внешний критерий «стаж заболевания», а все испытуемые разделены на группы, образованные по критерию длительности заболевания (с интервалом в 5 лет): в 1-ю группу вошли больные алкоголизмом со стажем заболевания до 10 лет, во 2-ю группу – пациенты с длительностью заболевания 11–15 лет, в 3-ю – свыше 15 лет.

Результаты исследования. По результатам нейрофизиологического обследования наличие незначительных изменений биоэлектрической активности головного мозга установлено у 10,9 % обследованных, умеренно выраженные изменения выявлены у 80,4 %, выраженные (в том числе с наличием эпилептиформной активности) – у 8,7 % пациентов.

Качественный анализ данных ЭЭГ-исследования показывает, что у 72 % больных в выборке преобладает низкоамплитудная ЭЭГ (наиболее типичная картина которой представлена на рис. 1). Фоновая активность у всех больных представлена недостаточно организованной альфа-активностью со средними значениями индекса (в среднем до 52 %), которая была наиболее выражена в затылочных и теменных отведениях. При этом модуляции по амплитуде нечеткие и отмечается значительная межполушарная асимметрия (чаще справа). Также для всех больных характерна выраженность бета-активности в передневисочных и фронтальных отделах (F7, F8, Fp1, Fp2, Fz). У всех больных на фоновой записи присутствует медленноволновая активность, представленная отдельными группами дельта-волн низкой амплитуды, частотой до 1,3 Гц, без регионарных отличий. При открывании глаз у 52 % обследованных регистрируется реакция по общему типу, проявляющаяся четкой депрессией аль-

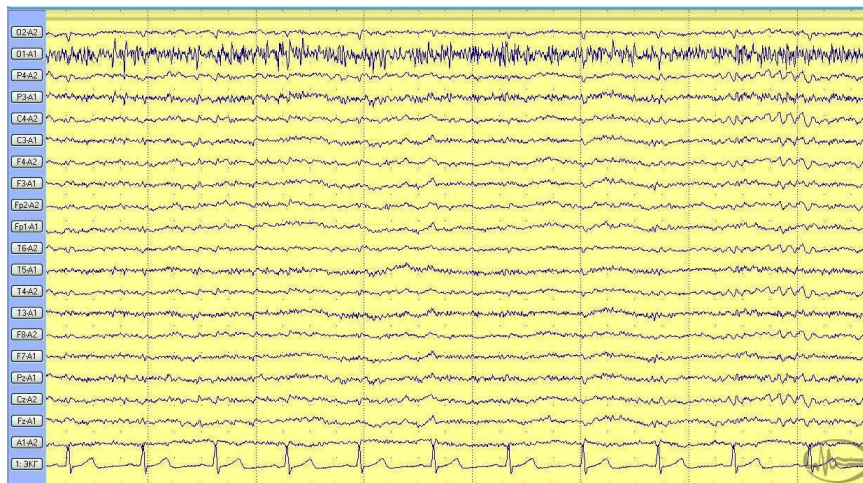


Рис. 1. Фоновая картина БЭА головного мозга в состоянии пассивного бодрствования пациента В., 1986 г.р., со стажем злоупотребления алкоголем 12 лет

фа-ритма с последующим его восстановлением (при закрывании глаз) и увеличением мощности. У остальных больных реакция активации выражена нечетко и не наблюдается значимых изменений альфа-активности. Пробы с ритмической фотостимуляцией у 89 % пациентов не сопровождаются значимыми изменениями БЭА. Однако у 17,4 % больных регистрируется пароксизмальная активность в ответ на фотостимуляцию в диапазоне 10–15 Гц. Также общим для всех больных является повышение дельта-активности до значимого уровня на фоне гипервентиляции, а также ее сохранение после пробы в течение всей записи состояния (до 5 минут). В целом у всех больных по результатам ЭЭГ-исследования диагностировано преимущественно умеренное изменение биоэлектрической активности головного мозга регуляторного характера. У большинства больных (89 %) отмечена заинтересованность диэнцефальных структур.

При нейропсихологическом обследовании большинство испытуемых (83 % выборки) неохотно вступали в контакт, дистанцию удерживали. Значительная доля испытуемых (78 % численности обследованных) предъявляла жалобы только при расспросе, и лишь почти каждый пятый пациент (22 % их выборки) предъявляла жалобы активно, что в контексте общей клинико-психологической картины заболевания может свидетельствовать о снижении критичности к своему состоянию.

При оценке нейродинамики у большинства испытуемых (68 % выборки) отмечены общая заторможенность, истошаемость, инактивность, утомляемость, медленная вработываемость в экспериментальные задания. У ос-

тальных испытуемых проявлялись повышенная отвлекаемость, спонтанность, общее возбуждение, многоречивость. Практически у всех пациентов наблюдались неравномерность темпа психической деятельности и общее снижение нейродинамики. При этом на осмысление заданий большинству пациентов требовалось дополнительное время. У многих отмечались снижение и неравномерность темпа и эффективности выполнения заданий, что, возможно, связано с колебаниями тонуса центральной нервной системы (ЦНС), необходимого для нормальной работы высших отделов коры головного мозга.

Эмоциональное состояние пациентов имеет негативный оттенок и представлено снижением настроения, раздражительностью, безразличием и апатией. У некоторых испытуемых наблюдалась критика предъявляемых им заданий и отсутствие мотивации на их выполнение, что можно объяснить трудностями осуществления регуляции эмоциональных состояний и поведения в целом. В целом по выборке больных наблюдается общее снижение фона настроения, общая напряженность.

Мимика и пантомимика у больных обеднена. Тонкая моторика рук у большинства нарушена, часто наблюдается мышечная слабость, что проявляется в изменениях почерка; неточности линий, слабом нажиме при выполнении рисунков, склонности к макрографии, при этом 83 % испытуемых не критичны к наличию у них описанных изменений.

Спонтанная речь больных в основном развернутая, без использования сложных логико-грамматических конструкций, интонационно сглаженная. В единичных случаях

(у 6 пациентов) наблюдались легкие изменения просодики речи (смазанность, гнусавость), неразвернутость речевых высказываний, бедность речи. Обращенная речь доступна пониманию всеми обследованными больными, но в единичных случаях наблюдалось удлинение латентного периода ее понимания и поиск слов.

В целом по экспериментальной группе у почти половины испытуемых (у 48 % выборки) отмечается умеренно выраженный дефект критичности, выражающийся в отношении к заболеванию на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Умеренные нарушения праксиса установлены у 72 % испытуемых. При этом среди двигательных нарушений преобладают динамические (67 % выборки), пространственные (52 %) и нарушения праксиса позы (36 %). Гностические нарушения в исследуемой группе выражены слабо: у каждого третьего обследованного больного присутствовало негрубое снижение соматосенсорного гнозиса, у каждого четвертого отмечалось снижение предметного и опико-пространственного гнозиса. Слуховой гнозис в целом сохранен. При исследовании функций внимания и работоспособности на первый план у всех испытуемых выходили нарушения темпа и эффективности психической деятельности. При этом отмечалось снижение на 25–50 % уровня общей работоспособности испытуемых. У большинства испытуемых наблюдался гиперстенический вариант выполнения проб. Мнестические расстройства имели модально-неспецифический характер и проявлялись снижением продуктивности запоминания, повышенной тормозимостью следов интерферирующими воздействиями, незначительными контаминациями элементов. В структуре мыслительных процессов наблюдалось нарушение преимущественно операционального и динамического компонентов. Почти у каждого второго пациента (у 44 % их числа) диагностированы умеренно выраженные нарушения в виде обстоятельности, заторможенности и инертности мыслительной деятельности, бедности ассоциаций. Отмечалось снижение способности к абстрагированию и аналитико-синтетической деятельности. Вместе с тем, 90 % испытуемых имели трудности вербализации и проявления обеднения речи. Нарушения речи не были вызваны нарушениями системной организации как таковой и проявлялись в виде динамических расстройств артикулярного праксиса.

Проверка диагностического потенциала алгоритма экспериментально-психологической диагностики экзогенно-органического синдрома с применением табличного метода на материале исследования групп больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью заболевания проводилась методом дискриминантного анализа.

В результате статистической обработки результатов каждой отдельно взятой группы были получены коэффициенты двух дискриминантных функций в стандартизованном виде, на основании состава и значений которых были построены математические модели групп. Построение модели осуществлялось путём задания натуральных значений, влияющих на характер нарушений в каждой группе, включенной в решение поставленной диагностической задачи дифференциальной диагностики.

В итоге были выделены следующие влияющие на характер нарушений значимые переменные, регистрируемые в динамике длительности заболевания: импульсивность, неконтролируемость эмоций, трудности формулирования (вербализации), нарушения памяти, истощаемость деятельности.

Прогностическая точность модели, рассчитанная по результатам исходных сгруппированных наблюдений и предназначенная для отнесения новых испытуемых по квалифицируемым группам, составила 85,7 % для первой группы и по 100 % для второй и третьей группы (табл. 1). Значимость прогноза после перекрёстной проверки (кросс-проверки) сгруппированных наблюдений составила 72,2 % для общности всех трех групп.

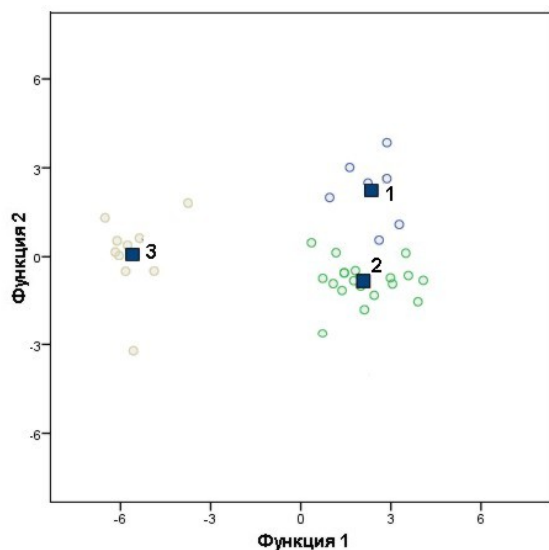
Таблица 1
Прогностическая точность результатов классификации наблюдений по нозологическим группам (по материалам кросс-проверки)

Тип данных	Группы	Предсказанная принадлежность к группе (в % к числу наблюдений)		
		Группа 1	Группа 2	Группа 3
Исходные ¹	Группа 1	85,7	14,3	0,0
	Группа 2	0,0	100,0	0,0
	Группа 3	0,0	0,0	100,0
Кросс-проверенные ²	Группа 1	42,9	42,9	14,3
	Группа 2	26,3	73,7	0,0
	Группа 3	10,0	0,0	90,0

¹ 97,2 % исходных сгруппированных наблюдений классифицировано правильно.

² 72,2 % перекрестно-проверяемых сгруппированных наблюдений классифицировано правильно.

Таким образом, статистически достоверно практически все распределенные по группам случаи наблюдения обладают сходными внутри группы картинами нарушений, и в то же время имеют межгрупповые различия, что отражает влияние временных параметров на формирование нарушений психических функций, приводящих с учетом клинико-психологических данных к нарастанию его злокачественного характера по мере развития заболевания (рис. 2). Анализ визуально представленных данных показывает, что случаи наблюдения в 3-й группе (пациенты с наибольшим стажем заболевания) на плоскости графического изображения многомерного континуума проявлений нарушений психической деятельности представлены достаточно компактно. В свою очередь, классифицированные в 1-ю и 2-ю группы случаи наблюдения (пациенты с длительностью злоупотребления алкоголем до 5 лет и 10–15 лет соответственно) по совокупным данным обследования локализованы относительно близко. Графическое отображение позволяет судить о наиболее оформленной картине нарушений и ее более грубом характере у пациентов с алкоголизмом при злоупотреблении алкоголем свыше 15 лет, что соответствует общепринятому мнению о характере клинической картины заболевания. Вместе с тем, кросс-проверочный вариант модели дискриминационного аналога дает достаточные основания для верной классификации и случаев 2-й группы.



■ — центроид группы; ○ — n_i испытуемый в i -й группе

Рис. 2. График канонической дискриминантной функции для трех групп, разделённых по длительности заболевания

После проведения статистического сравнения групп испытуемых по критерию «длительность заболевания», каждому испытуемому был присвоен индекс в зависимости от типа синдрома, определяемого в соответствии с используемым алгоритмом табличного метода для дифференциальной диагностики органического расстройства личности (ОРЛ) — п. — псевдопсихопатический (ОРЛ_{ППС}) либо псевдоолигофренический (ОРЛ_{ПО}), а также группу пациентов с недифференцируемым ОРЛ (с симптоматикой, не укладывающейся в клинику какого либо одного типа ОРЛ либо одновременно содержащий в себе признаки обоих типов ОРЛ). Отдельную группу составили случаи наблюдения без достоверно подтвержденных признаков органического расстройства личности.

В результате применения такого алгоритма выборка больных алкоголизмом с псевдоолигофреническим вариантом органического расстройства представлена 32 пациентами (47% общей численности обследованных); группу пациентов с неопределенным типом составили 24 пациента (36 % выборки), у 2 пациентов (3 %) имелись признаки как псевдоолигофренического, так и псевдопсихопатического типа органического расстройства. У 10 (14 % выборки) пациентов уровень и характер выраженности патопсихологической симптоматики не подтверждал диагноза органического расстройства личности.

Таким образом испытуемые были разделены на 4 соответствующие группы: Группа 1 — больные, у которых признаки органического расстройства отсутствуют (ОРЛ₀, $n_1=10$), группа 2 — пациенты с сочетанным типом ОРЛ (ОРЛ_{ППС+ПО}, $n_2=2$), группа 3 — с неопределенным типом ОРЛ (ОРЛ_{Неопр}, $n_3=24$) и группа 4 — с псевдоолигофреническим типом ОРЛ (ОРЛ_{ПО}, $n_3=36$).

В результате статистической обработки результатов исследования испытуемых, разделенных по критерию «Тип органического расстройства», были получены значения коэффициентов трех дискриминантных функций в стандартизированном виде, по которым впоследствии были построены соответствующие математические модели.

Выделены следующие предикторы, влияющие на характер нарушений психической деятельности и обеспечивающие возможность использования критерия «Тип органического расстройства личности»: утомляемость; истощаемость длительной целена-

правленной деятельности; неконтролируемость эмоций; нестабильность и колебания в проявлениях эмоций; эмоциональная неустойчивость; снижение критики к собственной личности; истощаемость деятельности.

Статистическая обработка диагностических показателей определила прогностическую точность модели, на основании которой может осуществляться распределение испытуемых по группам, которая составила по 100 % для первой, второй и четвертой групп, а также 84,6 % – и для третьей группы больных хроническим алкоголизмом (табл. 2).

По совокупным данным групп на плоскости графического изображения в континууме проявлений психические нарушения по органическому типу представлены компактным распределением случаев наблюдений (рис. 3). При графическом отображении распределения испытуемых в 1-й группе и 2-й группе отмечаются несколько дефектные границы распределения, что связано с малой численностью испытуемых в данных группах ($n_1=10$ и $n_2=2$ соответственно). В отличие от этого, распределение испытуемых 3 и 4-й групп является очерченным в своих границах, однако наблюдается некоторая размытость границ групп и нечеткость отнесения испытуемых к той или иной группе (см. также табл. 2). По крайней мере, дискриминантная модель, несмотря на рассогласование с клиническими данными, верифицирует органические личностные расстройства в целом, относя 60% пациентов без клинически выраженных органических расстройств и обоих пациентов группы сочетанного ОРЛ к группе недифференцированного ОРЛ (к группе 3). Кроме того, почти половина обследованных больных с недифференцированным (по табличному методу) ОРЛ и почти 90% пациентов с ОРЛ_{пол} были отнесены моделью к псевдоолигофреническому варианту этого органического психического расстройства.

Таким образом, следует предполагать, что у обследованных больных алкоголизмом высоковероятно имеется специфический симптомокомплекс психодиагностических (конкретно – экспериментально-психологических) данных, адекватно отражающих, во-первых, органическую природу наблюдаемых нарушений психической деятельности, и, во-вторых, специфику его проявления в виде квазиинтеллектуальных нарушений. В целом результат применения алгоритма табличного метода позволяет разделить пациентов с хроническим алкоголизмом в зависимости от характера имеющей-

Таблица 2
Прогностическая точность результатов классификации исходных наблюдений по критерию «Тип органического расстройства»

Тип данных	Группа	Предсказанная принадлежность к группе (в % к численности группы)			
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Исходные ¹	1	100,0	,0	0,0	,0
	2	,0	100,0	,0	,0
	3	,0	,0	84,6	15,4
	4	,0	,0	,0	100,0
Кросс-проверенные ²	1	40,0	,0	60,0	,0
	2	,0	,0	100,0	,0
	3	15,4	7,7	30,8	46,2
	4	,0	,0	11,8	88,2

¹ 94,4 % исходных сгруппированных наблюдений классифицировано правильно.

² 58,3 % перекрестно-проверяемых сгруппированных наблюдений классифицировано правильно

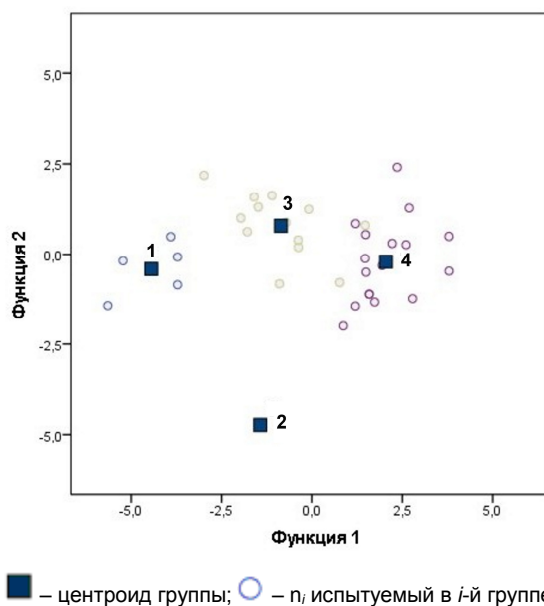


Рис. 3. График канонической дискриминантной функции для четырех групп, разделённых по варианту ОРЛ

ся у них патопсихологической симптоматики органического генеза, однако дифференциация варианта синдрома обладает погрешностью, связанной не столько с дефектом самого табличного метода, сколько с характером клинической картины заболевания.

Полученные результаты статистической обработки, скорее всего, связаны с тем, что непосредственно табличный метод был разработан и апробирован на популяции с органическим расстройством не нейротоксического генеза. Применение данного метода дифференциальной диагностики на популяции

больных алкоголизмом допустимо, однако обладает определенной погрешностью в связи с иной спецификой патогенеза заболевания, в частности, диффузным характером воздействия этанола на структуры головного мозга и периферической нервной системы, непрекращающимся воздействием токсического агента и непрерывным течением заболевания с постепенным нарастанием психического дефекта по мере прогрессирования злоупотребления алкоголем. Последнее, в свою очередь, в определенной степени обуславливает более точный уровень классификации объектов по критерию «длительность заболевания».

Выводы

Нейропсихологическими особенностями больных хроническим алкоголизмом являются: отсутствие описанного нейропсихологического синдрома, в картину которого укладываются нарушения высших психических функций при алкоголизме; диффузность поражения головного мозга при токсическом воздействии алкоголя. Кроме того, отличительной особенностью полученных данных является их вариативность, разброс симптоматики нарушений внутри групп с различным стажем заболевания.

На основании качественного анализа эмпирических данных в структуре нейропсихологического статуса больных алкоголизмом можно выделить:

- нарушения пространственного фактора в психической деятельности (в структуре синдрома поражения затылочно-теменных отделов коры);
- нарушение графических оптико-пространственных операций, ослабление счетных умственных операций, нарушения письма (в структуре синдрома поражения зоны ГРО);
- нарушения модально-специфических кожно-кинестетических факторов в виде тактильных агнозий (в структуре синдрома поражения коры теменной области);
- нарушения интонационного компонента речи, аритмия (в структуре синдрома поражения височной области конвекситальной коры правого полушария);
- модально-неспецифические нарушения памяти и внимания (в структуре синдрома поражения медиобазальных отделов коры);
- симптомы двигательных персевераций, нарушение реципрокной координации, нарушение нейродинамики психических процессов (в структуре поражения верхних премоторных отделов коры);

– нарушение произвольной регуляции поведения, нарушения регуляторных аспектов памяти, внимания, мышления, речи (в структуре синдрома поражения префронтальных отделов мозга);

– нарушение динамического аспекта всех высших психических функций: снижение темпа работы, неравномерная эффективность выполнения заданий, снижение продуктивности, трудности сосредоточения (в структуре синдрома поражения срединных неспецифических структур мозга);

– грубые нарушения кратковременной памяти с относительной сохранностью долговременной памяти по типу Корсаковского синдрома с резким усилением влияний интерференции (в структуре синдрома поражения подкорки уровня лимбических отделов);

– нарушения в двигательной системе по типу тремора (в структуре поражения глубоких полушарных структур).

Первичный характер носят нарушения функционирования неспецифических подкорковых структур головного мозга и дефект корково-подкорковых связей, что также подтверждается данными электроэнцефалографического исследования. Результаты выполненного исследования не противостоят теоретическим представлениям и клиническим наблюдениям о ведущем характере поражения дизэнцефальных отделов головного мозга и нарушении их регулирующих влияний на кору.

Проверка диагностического потенциала алгоритма экспериментально-психологической диагностики с применением табличного метода при разной длительности заболевания позволила решить вопрос об информативности применяемого на практике алгоритма для идентификации испытуемых с органическими расстройствами с различной продолжительностью злоупотребления алкоголем, а также выделить компоненты психической деятельности, которые влияют на характер картины нарушений на разных этапах заболевания.

В то же время проверка диагностического потенциала алгоритма диагностики типа экзогенно-органического синдрома с применением табличного метода на материале больных хроническим алкоголизмом показала, что формируемая по критерию «тип органического расстройства» дискриминантная модель является менее информативной. Такой вывод свидетельствует о специфичности популяци-

онной выборки в отношении формирующегося при алкоголизме органического расстройства личности («органическая алкогольная личность»), и о том, что механизм воздействия алкоголя является непрерывным и диффузным по своему характеру, что появляется отсутствием определенной локализации патогенного воздействия. Дальнейшая разработка критериев классификации нарушений психической деятельности с помощью методов математического моделирования может стать основой для стандартизации процедуры оценки степени сохранности / нарушенности различных компонентов психической деятельности таких больных, что, несомненно, важно для решения вопросов, поставленных в рамках медико-социальной экспертизы, а также для определения целесообразности мероприятий и основных мишеней в рамках нейрореабилитации больных алкоголизмом.

Литература

1. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О.Ф. Ерышев и др. – СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2002. – 192 с.

2. Наркология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 719 с.

3. Пятницкая, И.Н. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма / И.Н. Пятницкая, В.А. Карлов, Б.Л. Элконин – М.: Медицина, 1977. – 128 с.

4. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

5. Рязанова, А.Ю. Дифференциальная психодиагностика основных вариантов органического расстройства личности при военно-врачебной экспертизе подростков: дис. ... канд. психол. наук / А.Ю. Рязанова. – СПб., 2009. – 246 с.

6. Сиволап, Ю.П. Алкогольная болезнь мозга (к вопросу систематики металкогольных психозов) / Ю.П. Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии. С.С. Корсакова. – 2006. – № 106 (5). – С. 4–9.

7. Шабанов, П.Д. Наркология. Практическое руководство для врачей / П.Д. Шабанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 560 с.

8. Thomson, A.D. The royal college of physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. Alcohol-Alcohol. / A.D. Thomson, C.C.H. Cook, R. Touquet, J.A. Henry – 2002. – 37 (6). – P. 513–521.

Новохацки Анастасия Васильевна, преподаватель кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), медицинский психолог, Челябинская областная клиническая наркологическая больница (Челябинск), anovokhatski@gmail.com

Денисламов Маулитжан Миниасхатович, заместитель главного врача, Челябинская областная наркологическая больница (Челябинск), choknb@rambler.ru.

Поступила в редакцию 24 октября 2015 г.

DOI: 10.14529/psy150407

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ORGANIC DISORDERS IN CHRONIC ALCOHOLISM

A.V. Novokhatski^{1,2}, anovokhatski@gmail.com

M.M. Denislamov², choknb@rambler.ru

¹ South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation

² Chelyabinsk Regional Clinical Narcological Hospital, Chelyabinsk, Russian Federation

The article discusses the clinical and psychological features of mental functions that are typical for patients with alcoholism. Described the basic characteristics change brain activity. This article includes the results of research aimed at the selection of specific patterns of dysfunction of mental activity by tabular method of differential diagnosis organic personality disorder.

Keywords: alcoholism, disorder of higher mental function, organic personality disorder.

References

1. Eryshev O.F. *Alcogol'naya zavisimost': formirovaniye, techeniye, protivoretcidivnaya terapiya* [Alcohol Dependence: the Formation, Clinical Course, Preventive Treatment]. St. Peterburg, Elbi-SPb Publ., 2002. 192 p.
2. Ivanets N.N. et al. *Narcologiya. Natsional'noye rukovodstvo* [Narcology. National Leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2008. 719 p.
3. Pyatnitskaya I.N. *Terapevticheskiye i nevrologicheskiye proyavleniya alkogolizma* [Therapeutic and Neurological Manifestations of Alcoholism]. Moscow, Medicine, 1977. 128 p.
4. Mendelevich V.D. (Ed.) *Rukovodstvo po addiktologii* [Guide Addictology]. St. Petersburg, Rech Publ., 2007. 768 p.
5. Ryazanova A.Y. *Differentsial'naya psihodiagnostika osnovnykh variantov organicheskogo rasstroystva lichnosti pri voyenno-vrachebnoy ekspertize podrostkov. Dis. Kand. psikholog. nauk* [Differential Psychodiagnosis Main Variants of Organic Personality Disorder in the Military-Medical Examination Teenagers. Dis. Cand.]. St. Peterburg, 2009. 246 p.
6. Sivolap Y.P. [Alcoholic Brain Disease (the Question of Systematics Metalcoholic Psychoses)]. *Jurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov], 2006, no. 106 (5), pp. 4–9. (in Russ.)
7. Shabanov P.D. *Narcologiya. Prakticheskoye rukovodstvo dlya vrachey* [Narcology. A Practical Guide for Physicians]. Moscow, GEOTAR-MED Publ., 2003. 560 p.
8. Thomson A.D., Cook C.C.H., Touquet R., Henry J.A. The royal college of physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol-Alcohol*, 2002, 37 (6), pp. 513–521.

Received 24 October 2015

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Новохацки, А.В. Клинико-психологические особенности органических расстройств при хроническом алкоголизме / А.В. Новохацки, М.М. Денисламов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 4. – С. 61–69. DOI: 10.14529/psy150407

FOR CITATION

Novokhatski A.V., Denislamov M.M. Clinical and Psychological Characteristics of Organic Disorders in Chronic Alcoholism. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2015, vol. 8, no. 4, pp. 61–69. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy150407
