

наличии клинически выраженных, специфических для диабета поражений сосудов наблюдалось увеличение уровней ЦИК. Однако низкая или нормальная концентрация ЦИК не исключает их повреждающую способность и причастность к генезу микроангиопатий. Вероятно, низкий уровень ЦИК у ряда больных с микроангиопатиями объясняется неоднородностью ЦИК, связано с фиксацией иммунных комплексов в сосудистой стенке и является подтверждением наличия микроангиопатий при длительном течении иммунозависимого сахарного диабета.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о глубоких изменениях иммунологической реактивности у больных с длительно текущим иммунозависимым сахарным диабетом. Возможно, изменения в иммунном статусе больных возникают в течение первых 5 лет заболевания и в дальнейшем не зависят от степени тяжести и длительности диабета. Затем, вероятно, развивается свое-

образное привыкание, стихание остроты аутоиммунного процесса, приведшего к заболеванию. Вместе с тем уменьшение содержания Ло, увеличение Та-РОК указывают на активизацию иммунной системы на уровне клеточного звена иммунного гомеостаза. Видимо, выявленные нами изменения иммунного гомеостаза в какой-то мере носят генетически обусловленный характер. Нельзя исключать возможность усугубления нарушения иммунного гомеостаза относительно или абсолютной недостаточности, увеличением концентрации гормональных и негормональных его антагонистов. Повышение концентрации иммуноглобулинов А и М можно рассматривать как один из компенсаторных механизмов поддержания иммунного гомеостаза или как один из результатов постоянной антигенной стимуляции. Тенденция к уменьшению содержания иммуноглобулина G, вероятно, связана с его участием в построении ЦИК или отражает дисбаланс в системе В-лимфоцитов.

Поступила 01.02.90.

УДК 616.89—008.441.13

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Л. К. Шайдукова, И. Г. Кузнецов*

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич)*

*Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

В последние два десятилетия в научной литературе появилось множество работ, посвященных экспериментально-психологическому исследованию личности больных алкоголизмом [3—6]. В наиболее фундаментальном из них [6] на большой выборке больных алкоголизмом с помощью методики ММРІ были выделены основные типы личности. Однако остается неясным, какие характерологические особенности были привнесены в процессе злоупотребления алкоголем, так как исследованию подвергались все больные алкоголизмом независимо от алкогольного «стажа», структуры и темпа заболевания. Вместе с тем в практической деятельности весьма важным является оценка личности больных алкоголизмом, соотношение характерологических особенностей на различных этапах заболевания.

С этой целью было обследовано с помощью классического варианта ММРІ

(550 утверждений) 202 человека, больных алкоголизмом. Из них 62 пациента впервые обратились за помощью с целью избавления от алкоголизма по методу Г. А. Шичко, 70 больных были лечены в прошлом неоднократно и в периоде обследования проходили лечение традиционными методами. 70 человек находились в многолетней терапевтической ремиссии. Экспериментально-психологические методы исследования дополнялись клинико-психопатологическими. Выбор этих групп больных основывался как на признаках «первичности», «вторичности», «ремиссионности», так и на клинико-психопатологической оценке личности больных и их заболевания.

В группе «первичных» больных из трех ведущих синдромов алкоголизма [2] — абстинентного синдрома, синдрома патологического влечения к алкоголю и деградации личности — первых двух выявлено не было. Эти лица изна-

чально оценивали алкоголизм как заболевание, от которого необходимо избавиться для физического, материального и духовного комфорта. Даже отказываясь признать у себя наличие сформированного алкоголизма, больные чувствовали определенный дискомфорт; у них возникало ощущение неблагополучия, связанного с алкоголем («потерял контроль», «не могу остановиться», «стану опохмеляться»), появлялось чувство тревоги и беспокойства по этому поводу. Временами возникало беспечное и легкомысленное настроение, но оно было непродолжительным, а отрицание проблем носило защитно-компенсаторный характер.

В клинике алкоголизма «повторных» больных присутствовали все три ведущие синдрома заболевания. Деграция больных заключалась и в глубине алкогольных установок, их спаянности с личностью, и в эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических расстройствах, нарушениях поведения. Этим лицам можно было охарактеризовать как «алкогольных личностей».

В группе «ремиссионных» больных при многолетнем воздержании не отмечалось «псевдоабстинентного синдрома» [1], не было выявлено осознаваемого больными патологического влечения к алкоголю, отсутствовала алкогольная деграция личности. Однако у этих больных с большой частотой обнаруживались невротические проявления (ипохондрические, истерические, астенические), различного содержания сверхценные идеи.

Оценивая профили личности больных алкоголизмом в трех группах по ММРІ, мы придерживались общепринятой градации. Так, уровень 51—60 Т-баллов свидетельствует об оптимальности, гармоничности, адекватности состояния, уровень 61—70 Т-баллов — об отклонениях, не приводящих к дезадаптации, уровень 71Т и выше — об отклонениях, ведущих к дезадаптации. Анализ профилей личности больных выявил следующее.

В группе «первичных» больных пики профилей превышали 71Т у 52 (83,9%) больных, причем у 38 (61,3) больных показатели были особенно высокими — более 81Т, что указывало на достаточно глубокую интрапсихическую дисгармонию. Высокие показатели в виде пиков профиля по второй шкале (тревоги

и депрессии) отмечались у 36 (58,1%) человек, четвертой (психопатии) — у 34 (54,8%), седьмой (психоастении) — у 32 (51,6%), восьмой (аутизма) — у 26 (41,9%) в их различных сочетаниях. Сочетание пиков по шкалам тревоги и психопатии встречалось наиболее часто — у 34 (54,8%), что являлось свидетельством наличия высокой тревоги и беспокойства, связанных с нарушением конвенциональных норм, показателем ухода от решения проблем, реакций самобичевания по этому поводу, дезадаптации, если не социальной, то внутриличностной.

В группе «повторных» больных у 43 (61,4%) лиц пики профиля превышали 71Т; у 26 (37,1%) больных они были особенно высокими. Соотношение их было иным: повышению по четвертой шкале (психопатии) отмечалось у 38 (54,3%) больных, седьмой (психоастении) — у 34 (48,6%), восьмой (аутизма) — у 24 (34,3%), второй (тревоги) — у 16 (22,9%). Высокие показатели по шкалам психопатии и тревоги сочетались значительно реже — у 18 (25,7%) больных; в отличие от «первичных» больных у «повторных» в профиле личности фиксировались изолированные пики по шкале психопатии.

В группе «ремиссионных» больных показатели выше 71Т были зарегистрированы только у 19 (27,1%) человек, в частности по первой шкале (ипохондрией) — у 19 (27,1%), по седьмой (психоастении) — у 17 (24,3%). Остальные профили личности имели пики на уровне 61—70Т. Показатели свыше 61Т по второй шкале (тревоги) отмечались у 64 (91,4%) больных, третьей (истерии) — у 58 (82,9%), восьмой (аутизма) — у 52 (74,3%), шестой (паранойей) — у 46 (65,7%).

Таким образом, при анализе профилей личности по ММРІ трех перечисленных выше групп больных алкоголизмом обнаружилось различия в количественных и качественных показателях характерологических особенностей, соответствующих клиническим особенностям. По количественным показателям можно было судить о большей выраженности признаков, то есть тяжести состояния, в группе «первичных» больных. Этот внешне парадоксальный феномен объясняется, на наш взгляд, следующим: обнаруженная у «первичных» больных алкоголизмом глубокая интрапсихиче-

ская дисгармония является показателем внутриличностных конфликтов, свидетельствует о сохранности здоровых, неалкогольных компонентов психики, способности адекватно оценивать свое положение, связанное со злоупотреблением, об отсутствии алкогольной анозогнозии.

При качественной оценке была выявлена неоднородность признаков. В группе «первичных» больных высокие показатели по шкале психопатии (54,8%) сочетались с высокими показателями по шкале тревоги (58%). Подобное сочетание, на наш взгляд, является более благоприятным, чем повышение только по одной шкале психопатии, так как ситуационно возникающие реакции самообвинения «разбавляют» беспечно-эйфорический фон, возвращают на время к трезвенническому установкам, препятствуют развитию анозогнозии. В группе «повторных» больных также отмечались высокие показатели по шкале психопатии (54,3%), значительно реже сопровождавшиеся повышением по шкале тревоги (22,8%). В отличие от остальных групп у этих больных регистрировались отдельные пики по шкале психопатии, что является признаком обеднения характерологического облика больных.

В группе «ремиссионных» больных профили личности значительно отличались от таковых у предыдущих двух групп наличием пиков невротической триады (ипохондрии, истерии), что свидетельствовало о новой психической ориентации в ремиссии. По относительно невысоким (по сравнению с предыдущими группами) показателям можно было судить об определенном равновесии в рамках вновь сложившейся системы психической адаптации в ремиссии. Вместе с тем расположение большинства профилей личности больных (91,4%) в зоне 61—70Т (пограничная зона) доказывало, что эта адаптация является недостаточно качественной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К. // В кн.: Алкоголизм и алкогольные психозы. — М., 1963.
2. Альтшулер В. Б. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1983. — № 4. — С. 596—599.
3. Black F. W., Heald A. // J. Clin. Psychol. — 1975. — Vol. 31. — P. 572—575.
4. Conley J. J. Pers. Assess. — 1981. — Vol. 45 (1). — P. 33—39.
5. Donovan D. M., Chaney E. F., O'Leary M. K. // J. nerv. ment. Dis. — 1978. — Vol. 166. — P. 553—561.
6. Goldstein S. G., Linden I. D. // J. Abnorm. Psychol. — 1969. — Vol. 74. — P. 661—669.

Поступила 15.05.90.

УДК 616.831—002—02:616.89—008.441.13

## К КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА, СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

А. Н. Ибатов

Кафедра наркологии (зав.— проф. Ю. С. Бородкин) Ленинградского института усовершенствования врачей

**Реферат.** Изучена клиника алкоголизма, развившегося у 69 больных на фоне отдаленных последствий нейроинфекции. Установлено, что формирование и течение такого алкоголизма происходят ускоренно, а само органическое заболевание головного мозга имеет тенденцию к прогрессивности.

**Ключевые слова:** нейроинфекция, алкоголизм.

До сих пор нет однозначного ответа на вопрос, возрастает ли после перенесенной нейроинфекции вероятность развития алкоголизма. Исследований, посвященных влиянию нейроинфекции на возникающий после нее алкоголизм, крайне мало. Алкоголизм на фоне отдаленных последствий после перенесенных нейроинфекций в виде психопатоподоб-

ного синдрома встречается часто, клиника его весьма вариабельна и недостаточно изучена.

Целью настоящего исследования являлся анализ клинических особенностей алкоголизма, развившегося на фоне отдаленных последствий нейроинфекции в виде психопатоподобного синдрома.

Обследовано 69 больных алкоголизмом II стадии в возрасте от 31 до 42 лет, которые в возрасте от 3 до 6 лет перенесли параинфекционные энцефалиты; последние и повлекли за собой органическое заболевание головного мозга в виде психопатоподобного синдрома. Резидуально-органические изменения в инициальном периоде носили недоста-