



А. Д. САЙКОВ, О. А. СКУГАРЕВСКИЙ

ФАКТОРЫ НЕКОНСТРУКТИВНОГО КОМПЛАЕНСА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И СКЛОННЫХ К ГЕТЕРОАГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ В СОСТОЯНИИ ИНТОКСИКАЦИИ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Анализируются результаты собственных исследований авторов о связи неконструктивного комплаенса с агрессивным поведением в состоянии интоксикации у лиц, зависимых от алкоголя. Для этого объединили конструктивный и условно-конструктивные типы комплаенса, а каждый из неконструктивных, наоборот, выделили в отдельную группу. В результате исследования были выявлены предикторы и исследована их предикторная значимость для дефицитарного комплаенса, также получилось «развести» условно-конструктивные и неконструктивные типы комплаенса. Выявить специфические признаки негативистического и нестабильного комплаенса удалось исключительно в плоскости особенностей структуры семьи.

Ключевые слова: зависимость от алкоголя, агрессивное поведение, комплаенс, неконструктивный комплаенс.

The article analyzes the results of the authors' own research into the connection between non-constructive compliance and aggressive behavior in a state of intoxication in individuals dependent on alcohol. To do this, constructive and conditionally constructive types of compliance were combined, and each of the non-constructive ones, on the contrary, was separated into a separate group. As a result of the study, predictors were identified and their predictive significance for deficient compliance was investigated; it was also possible to «distinguish» conditionally constructive and non-constructive types of compliance. It was possible to identify specific signs of negativistic and unstable compliance solely in terms of the characteristics of the family structure.

Key words: alcohol addiction, aggressive behavior, compliance, unconstructive compliance.

HEALTHCARE. 2024; 6: 49—54.

FACTORS OF NON-CONSTRUCTIVE COMPLIANCE IN PERSONS SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE AND PRONE TO HETERO-AGGRESSIVE BEHAVIOR IN A STATE OF INTOXICATION

A. D. Saikov, O. A. Skugarevsky

Алкогольная зависимость в сочетании с агрессивным поведением представляет собой сложную проблему для терапевтического воздействия. Несоблюдение планов лечения является серьезной проблемой для этой группы пациентов, препятствуя разработке эффективных стратегий вмешательства. В статье представлены результаты исследования факторов, способствующих несоблюдению требований к лечению у пациентов, страдающих от алкогольной зависимости, склонных к агрессивному поведению в состоянии интоксикации, она направлена на понимание клинических, психологических, социальных и биологических детерминант некомплаентности.

Данных литературы на эту тему крайне мало. Известно, что лица с двойным диагнозом алкогольной зависимости и расстройства психического здоровья сталкиваются с большими проблемами в соблюдении режима лечения.

Взаимосвязь между психическими заболеваниями и злоупотреблением алкоголем обычно усугубляется несоблюдением режима лечения. Существуют четкие доказательства, подтверждающие тезис о прямой связи между алкогольной интоксикацией и насилием по сравнению с другими наркотическими веществами, вызывающими зависимость [1].

Употребление алкоголя может вызвать эскалацию агрессивного поведения у людей, что часто приводит к домашнему насилию и преступлениям. Также установлено, что психологическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство могут оказывать огромное влияние на поведение, связанное как с алкогольной зависимостью, так и с насилием [2].

Y. I. Hser и соавт. отмечают, что крайне важно адаптировать методы лечения к потребностям людей с алкогольной зависимостью и агрессивным поведением [3]. Важно использовать

персонализированные и комплексные подходы к лечению для повышения соблюдения режима лечения и решения конкретных проблем, с которыми сталкивается эта группа зависимых от алкоголя лиц.

Понимание причин неконструктивного комплаенса у лиц, страдающих алкогольной зависимостью и склонных к гетероагрессивному поведению, имеет решающее значение для разработки целенаправленных мер по коррекции и лечению алкогольной зависимости. Комплексный подход, основанный на результатах научных и клинических исследований, имеет значение для улучшения соблюдения режима лечения, снижения уровня агрессивности и улучшения реабилитационного прогноза.

Цель исследования — выяснить межгрупповые различия и определить значимость предикторов у лиц с разным типом комплаенса, страдающих алкогольной зависимостью со склонностью к агрессивному поведению в состоянии интоксикации.

Материал и методы

Всего было обследовано 134 пациента мужского пола с синдромом зависимости от алкоголя. Респонденты проходили лечение в РНПЦ психического здоровья и Городском наркологическом центре, все они подписали информированное согласие на участие в исследовании. В 1-ю группу методом направленного отбора включены 57 мужчин с документально подтвержденными эпизодами гетероагрессивного поведения в состоянии алкогольного опьянения. Из них 33 человека имели многократную судимость (подгруппа А) и 24 человека — однократную (подгруппа Б); 2-я группа состояла из 77 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя без подтвержденных эпизодов агрессивного поведения при алкогольной интоксикации в анамнезе. Пациенты были сопоставимы по возрасту: возраст пациентов в подгруппе А 1-й группы составил $34,2 \pm 6,7$ года, в подгруппе Б 1-й группы — $36,0 \pm 5,2$ года, во 2-й группе — $38,9 \pm 9,5$ года (критерий Фишера $F = 2,7$, $p > 0,05$).

Критериями исключения являлись агрессивное поведение в состоянии отмены алкоголя, алкогольные психозы, аутоагрессивное поведение, наличие тяжелых соматических заболеваний и отсутствие согласия на участие в исследовании. В исследование не включались зави-

симые от алкоголя лица с агрессивным поведением без интоксикации алкоголем, то есть совершившие агрессивные поступки в трезвом состоянии.

Дизайн исследования: наблюдательное ретроспективное исследование «случай — контроль» с направленным формированием групп сравнения. Для оценки типа комплаенса использовали типологию комплаенса Л. Ф. Шестопаловой и Н. Н. Лесной, где выделяются следующие типы: конструктивный, формальный, пассивный, симбиотический, нестабильный, негативистический и дефицитарный. Психодиагностическими критериями выделенных типов явились показатели степени критичности к симптомам и последствиям болезни, доверия к врачу, информированности о применяемых методах лечения, удовлетворенности терапевтическими результатами, готовности к изменению жизненного стиля и поддержки семьи [4].

В качестве вероятных предикторов комплаентности исследовали социодемографические, клинко-динамические, нейропсихологические и лабораторные данные о пациентах. Использовали статистический анализ ANOVA, post-hoc анализ в SPSS, метод Дункана. Разделение на группы производили при уровне значимости $p < 0,05$. В качестве зависимой переменной выступал тип комплаентности. При этом, используя ранее полученные данные, конструктивный и условно-конструктивные виды объединили, а каждый из неконструктивных, наоборот, выделили в отдельную группу [5]. Объединение в одну группу пациентов с конструктивным и условно-конструктивными типами комплаентности (формальный, пассивный, симбиотический) посчитали обоснованным ввиду того, что пациентам обеих групп было свойственно понимание болезненного характера их влечения к алкоголю и в разной степени, но все же стремление к получению медицинской помощи. Для пациентов с неконструктивными типами комплаенса, напротив, были характерны анозогнозия и негативное отношение к идее лечения [6].

Результаты и обсуждение

В целом лица, зависимые от алкоголя, с неконструктивными видами комплаенса имели более низкий уровень образования, чем с условно-конструктивными типами. Однако, что неожиданно, при этом обнаруживалось отсутствие

различий между уровнем образования у лиц с конструктивным и дефицитарным типами комплаентности. Из исследований Л. Ф. Шестопаловой и соавт. известно, что дефицитарный тип комплаенса у лиц, зависимых от алкоголя, характеризуется когнитивным дефицитом [4]. Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что лица, о которых идет речь, «приобрели» когнитивный дефицит уже после получения ими образования на фоне хронической интоксикации алкоголем. Теоретически это могло произойти в результате особенностей метаболизма алкоголя, сопровождающегося поражением структур головного мозга, либо иных событий, приведших к мозговой дисфункции (табл. 1). Таким образом, уровень образования в отдельности не может рассматриваться как надежный предиктор комплаентности для таких пациентов.

Пациенты с условно-конструктивными типами комплаенса достоверно отличались от других близким к адаптивному типу семейных отношений (см. табл. 1). Еще одну группу составили пациенты с нестабильным и негативистическим типами комплаенса с ригидным типом семейных отношений. У пациентов с дефицитарным типом комплаенса выявили в основном хаотичный тип семейных отношений, что также позволяло консолидировать таких пациентов в отдельную группу. Полученные данные позволяют утверждать, что структура семейных отношений является одним из факторов, определяющих отношение к лечению и стиль взаимодействия с органами здравоохранения. Адаптивный тип отношений, вероятно, способствовал лечению, пониманию болезненного характера влечения к алкоголю и важность партнерских отношений с медицинской служ-

бой. Ригидный и хаотичный типы семейных отношений препятствовали комплаенсу.

Анализ результатов выполнения Висконсинского теста сортировки карточек, который позволяет выявить клинически значимые аспекты нарушения внимания у лиц, зависимых от алкоголя, с различными типами комплаенса, показал, что пациенты с условно-конструктивными типами комплаенса использовали для прохождения теста минимальное количество ходов (WCST trials administered), стратегически действуя набором категорий (WCST categories completed) (табл. 2). Эти показатели достоверно отличались от аналогичных у всех пациентов с неконструктивными видами комплаенса. При этом пациенты делали достоверно меньше персеверативных ошибок и практически не совершали дистрактивных ошибок, являющихся следствием когнитивных нарушений. Таким образом, нейропсихологические показатели надежно разделяли пациентов с условно-конструктивными и неконструктивными типами комплаенса. Из этого вытекает, что надежный комплаенс обеспечивается сохранным состоянием когнитивной сферы.

Пациенты с нестабильным и дефицитарным типами комплаенса использовали не более полутора категорий (WCST categories completed). На этом фоне несколько лучше выглядели пациенты с негативистичным типом комплаенса, которые выполняли тест за 2,5 категории, делая при этом меньше дистрактивных ошибок ($p < 0,05$). По этим показателям пациенты с негативистичным типом комплаенса заняли промежуточное положение между пациентами с нестабильным и дефицитарным типами комплаенса и условно-конструктивными типами.

Таблица 1

Уровень значимости межгрупповых различий образования и структуры семьи у лиц, зависимых от алкоголя, с различными типами комплаенса

Типы комплаенса	Уровень образования, баллы				Структура семьи, баллы			
	нест. M = 2,75	негатив. M = 2,09	дефиц. M = 3,57	условно-констр. M = 4,12	нест. M = 2,17	негатив. M = 1,91	дефиц. M = 1,14	условно-констр. M = 2,50
Нестабильный	—	0,79	< 0,05	< 0,05	—	0,34	< 0,05	< 0,05
Негативистичный	0,79	—	< 0,05	< 0,05	0,34	—	< 0,05	< 0,05
Дефицитарный	< 0,05	< 0,05	—	0,79	< 0,05	< 0,05	—	< 0,05
Условно-конструктивные	< 0,05	< 0,05	0,79	—	< 0,05	< 0,05	0,05	—

Примечания. Первый уровень образования соответствовал неполному среднему, второй — полному среднему, третий — среднему специальному, четвертый — высшему образованию.
Типы отношений в семье: 1 — хаотичный; 2 — ригидный; 3 — адаптивный.

Таким образом, неконструктивный комплаенс и склонность к гетероагрессии в состоянии алкогольного опьянения связаны с нейрокогнитивным дефицитом у зависимых от алкоголя пациентов [7]. Учитывая направленность Висконсинского теста сортировки карточек, следует заключить, что неконструктивный комплаенс у зависимых от алкоголя лиц обусловлен дефицитом исполнительской функции, за которую отвечают лобные отделы головного мозга. Приняв во внимание, что лица с дефицитарным комплаенсом имели почти такой же уровень образования, как и лица с условно-конструктивным комплаенсом, можно пред-

положить формирование у них лобной дисфункции уже во взрослом возрасте.

При изучении данных, полученных в результате проведения электрофизиологических исследований методом слуховых вызванных потенциалов P300, регистрировались латентности пиков N1, P2, N2, P3, амплитуды пиков N2, P3, межпиковые амплитуды P2 — N2, N2 — P3 и интервал N2 — P3 [8].

Не было установлено различий в группах по всем показателям ($p > 0,05$), кроме продолжительности латентного периода N1* P300 и P3* P300 (табл. 3).

Таблица 2

Уровень значимости межгрупповых различий показателей Висконсинского теста сортировки карточек у лиц, зависимых от алкоголя, с различными типами комплаенса

Показатель		Типы комплаенса			
		Нестабильный	Негативистичный	Дефицитарный	Условно-конструктивные
WCST trials administered	нест. M = 120	—	0,79	0,79	< 0,05
	негатив. M = 121	0,79	—	0,79	< 0,05
	дефиц. M = 119	0,79	0,79	—	< 0,05
	условно-констр. M = 92,0	< 0,05	< 0,05	< 0,05	—
WCST perseverative errors	нест. M = 16,0	—	0,08	0,08	< 0,05
	негатив. M = 15,0	0,08	—	0,08	< 0,05
	дефиц. M = 14,0	0,08	0,08	—	< 0,05
	условно-констр. M = 5,0	< 0,05	< 0,05	< 0,05	—
WCST categories completed	нест. M = 1,67	—	< 0,05	0,79	< 0,05
	негатив. M = 2,55	< 0,05	—	< 0,05	< 0,05
	дефиц. M = 1,57	0,79	< 0,05	—	< 0,05
	условно-констр. M = 5,63	< 0,05	< 0,05	< 0,05	—
WCST distraction errors	нест. M = 3,0	—	< 0,05	0,47	< 0,05
	негатив. M = 1,36	< 0,05	—	< 0,05	< 0,05
	дефиц. M = 2,71	0,47	< 0,05	—	< 0,05
	условно-констр. M = 0,30	< 0,05	< 0,05	< 0,05	—

Примечания. WCST trials administered — количество ходов для завершения теста. Принимает значение от 60 (соответствует отсутствию когнитивных нарушений) до 120 (крайне низкое состояние когнитивной сферы).

WCST perseverative errors — количество ошибочных решений из-за «застреваний», фиксации на прошлом задании, характеризует когнитивную гибкость.

WCST categories completed — количество категорий одного набора карточек для сортировки, максимально равное 6 (шести), что соответствует максимальному результату;

WCST distraction errors — наличие дистрактивных ошибок при прохождении теста говорит о случайном способе сортировки карточек и непонимании сути теста.

Таблица 3

Уровень значимости межгрупповых различий результатов энцефалографии с регистрацией слуховых вызванных потенциалов Р300 у лиц, зависимых от алкоголя, с различными типами комплаенса

Типы комплаенса	Латентный период N1* Р300, мс				Латентный период Р3* Р300, мс			
	нест. M = 114,1	негатив. M = 109,5	дефиц. M = 118,4	условно- констр. M = 103,8	нест. M = 332,4	негатив. M = 335,3	дефиц. M = 359,0	условно- констр. M = 331,1
Нестабильный	—	0,1	0,1	0,1	—	0,7	< 0,05	0,7
Негативистичный	0,1		0,1	0,1	0,7		< 0,05	0,7
Дефицитарный	0,1	0,1	—	< 0,05	< 0,05	< 0,05	—	< 0,05
Условно- конструктивные	0,1	0,1	< 0,05	—	0,7	0,7	< 0,05	—

П р и м е ч а н и е. Индекс N означает самый низкий уровень (пик) импульса; Р — самый высокий.

При интерпретации полученных результатов принимается во внимание тот факт, что слуховые вызванные потенциалы — это ответ слухового нерва и участков головного мозга (его стволовой части) на слуховые раздражители. Звуковой сигнал на своем пути проходит пять «станций» — отделов центральной нервной системы. Каждый из этих центров отвечает на раздражение амплитудой колебаний биоэлектрического поля с позитивными (Р) и негативными (N) пиками. Всплески амплитуд производятся нервными центрами в таком порядке: I. Слуховой нерв → II. Кохлеарное ядро → III. Олива → IV. Латеральная петля → V. Нижнее двухолмие и кора головного мозга [9]. Путь передачи сигнала слухового анализатора проходит по стволу головного мозга, который связан и с жизненно важными функциями организма с его познавательными возможностями. Компонент III вызванных потенциалов слухового анализатора Р300 связан исключительно с познавательной функцией. Удлинение латентного периода у пациентов с дефицитарным типом комплаенса свидетельствует, по-видимому, о нарушениях интеллектуальной сферы органического характера и прямо не связанных с лобными отделами головного мозга, а с большой вероятностью — с поражением височных отделов мозга, ответственных за обработку слуховой информации. Имея проблемы с исполнительской функцией, пациенты с негативистическим и нестабильным типами комплаенса не обнаружили проблем со слуховой обработкой информации по сравнению с пациентами с дефицитарным типом комплаенса.

Для выяснения значимости иных возможных предикторов типа комплаенса у зависимых от алкоголя лиц были подвергнуты межгрупповому сравнению следующие признаки: возраст,

отягощенный семейный анамнез отдельно психическими расстройствами и исключительно расстройствами, обусловленными потреблением психоактивных веществ, возраст начала употребления и общая длительность употребления алкоголя, длительность употребления алкоголя запоями и лабораторные показатели на момент обследования (АСТ, АЛТ, билирубин общий, ГГТП, МСV). Выявлено, что у пациентов с дефицитарным типом комплаенса существенно выше средний показатель АЛТ (109,29 МЕ/л), выходящий за пределы значений условной нормы (от 7 до 45 МЕ/л) (p < 0,05, post-hoc). Все остальные факторы оказались незначимыми.

Таким образом, в качестве предикторов типа комплаенса пациентов, зависимых от алкоголя, обоснованно следует использовать признак «структура семьи». Для условно-конструктивного комплаенса типичным явился адаптивный тип семейных отношений. Ригидный тип семьи оказался характерным для нестабильного и негативистического типов, а хаотичный — для дефицитарного типа комплаенса. Предикторная значимость уровня образования оказалась ниже. В целом пациенты с неконструктивными типами были образованы хуже, но некоторые лица с дефицитарным типом имели сопоставимый уровень образования, как пациенты с конструктивным типом комплаенса, что заставляет относиться к данному предиктору с «осторожностью».

Все пациенты с неконструктивным комплаенсом имели дефицит исполнительской функции, наиболее глубокий у пациентов с дефицитарным типом комплаенса, что существенно отличало их не только от пациентов с условно-конструктивными типами, а также от пациентов

с нестабильным и негативистичным комплаенсом (по наличию дистрактивных ошибок в результатах Висконсинского теста). Судя по результатам электрофизиологических исследований, у лиц с дефицитарным комплаенсом имел место нейрокognитивный дефицит (кроме проблем с исполнительской функцией), что выделяло их и среди пациентов с условно-конструктивными и другими типами неконструктивного комплаенса. Дефицитарный тип комплаенса формируется с большой вероятностью из-за особого злокачественного типа течения алкогольной зависимости, что вытекает из поражения печени (по результатам лабораторных показателей АЛТ). В результате исследования были выявлены предикторы и исследована их предикторная значимость для дефицитарного комплаенса, а также выделены условно-конструктивные и неконструктивные типы комплаенса. Раскрыть специфические признаки негативистического и нестабильного комплаенса удалось исключительно в плоскости особенностей структуры семьи.

Контактная информация:

Сайков Антон Дмитриевич — врач-психотерапевт.
ООО МЦ «Исцеление».
Ул. Одинцова, 48-21, 220136, г. Минск.
Сл. тел. +375 29 188-26-08.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: А. Д. С., О. А. С.
Сбор информации и обработка материала: А. Д. С.
Написание статьи: А. Д. С.
Редактирование текста: О. А. С.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fritz M., Shenar R., Cardenas-Morales L. et al. Aggressive and disruptive behavior among psychiatric patients with major depressive disorder, schizophrenia, or alcohol dependency and the effect of depression and self-esteem on aggression. *frontiers in psychiatry. Front. Psychiatry.* 2020; 11: 599828.
2. Fritz M., Soravia S. M., Dudeck M. et al. Neurobiology of aggression-review of recent findings and relationship with alcohol and trauma. *Biology.* 2023; 12 (3): 469.
3. Kan E., Baldwin L. M., Mooney L. J. et al. Medication-based treatment among rural, primary care patients diagnosed with opioid use disorder and alcohol use disorder. *J. Subst. Use Addict. Treat.* 2024; 19: 209339.
4. Шестопалова Л. Ф., Лесная Н. Н. Особенности комплайенса больных с алкогольной зависимостью и система его коррекции. *Международ. мед. журн.* 2011; 3: 6—12.
5. Сайков А. Д., Скугаревский О. А. Комплаентность пациентов с алкогольной зависимостью и агрессивным поведением в состоянии интоксикации. *Психиатрия. Психотерапия и клин. психология.* 2022; 1: 13—7.
6. Сайков А. Д., Скугаревский О. А. Анозогнозия у лиц с алкогольной зависимостью как фактор, модулирующий проявления агрессии на фоне интоксикации алкоголем. *Психиатрия. Психотерапия и клин. психология.* 2021; 1: 25—30.
7. Сайков А. Д., Скугаревский О. А. Агрессивное поведение лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте социального интеллекта. *Медицинские новости.* 2019; 8: 35—9.
8. Сайков А. Д., Скугаревский О. А., Минзер М. Ф. Агрессивное поведение лиц с алкогольной зависимостью в контексте критериев патологии при оценке биоэлектрической активности головного мозга. *Здоровье нации.* 2020; 3: 125—9.
9. Гнездицкий В. В. ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография. М.: Медпресс; 2004. 648 с.

REFERENCES

1. Fritz M., Shenar R., Cardenas-Morales L. et al. Aggressive and disruptive behavior among psychiatric patients with major depressive disorder, schizophrenia, or alcohol dependency and the effect of depression and self-esteem on aggression. *frontiers in psychiatry. Front. Psychiatry.* 2020; 11: 599828.
2. Fritz M., Soravia S. M., Dudeck M. et al. Neurobiology of aggression-review of recent findings and relationship with alcohol and trauma. *Biology.* 2023; 12 (3): 469.
3. Kan E., Baldwin L. M., Mooney L. J. et al. Medication-based treatment among rural, primary care patients diagnosed with opioid use disorder and alcohol use disorder. *J. Subst. Use Addict. Treat.* 2024; 19: 209339.
4. Shestopalova L. F., Lesnaya N. N. Features of compliance of patients with alcohol dependence and the system of its correction. *Mezhdunar. med. zhurn.* 2011; 3: 6—12. [(in Russian)]
5. Saikov A. D., Skugarevsky O. A. Compliance of patients with alcohol dependence and aggressive behavior in a state of intoxication. *Psikhiatriya. Psikhoterapiya i klin. psikhologiya.* 2022; 1: 13—7. [(in Russian)]
6. Saikov A. D., Skugarevsky O. A. Anosognosia in persons with alcohol dependence as a factor modulating manifestations of aggression against the background of alcohol intoxication. *Psikhiatriya. Psikhoterapiya i klin. psikhologiya.* 2021; 1: 25—30. [(in Russian)]
7. Saikov A. D., Skugarevsky O. A. Aggressive behavior of persons suffering from alcohol addiction in the context of social intelligence. *Meditsinskie novosti.* 2019; 8: 35—9. [(in Russian)]
8. Saikov A. D., Skugarevsky O. A., Minzer M. F. Aggressive behavior of persons with alcohol dependence in the context of pathology criteria when assessing the bioelectric activity of the brain. *Zdorov'e natsii.* 2020; 3: 125—9. [(in Russian)]
9. Gnezditsky V. V. EEG and clinical electroencephalography. M.: Medpress; 2004. 648 s. [(in Russian)]

Поступила 04.04.2024

Принята к печати 25.04.2024