

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М.БЕХТЕРЕВА

---

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург

2011

## АННОТАЦИЯ

Данные методические рекомендации составлены на основании клинического и клинико-психологического исследования пациентов, страдающим шизофренией, коморбидной с алкогольной зависимостью, и позволяют врачу усовершенствовать диагностические и терапевтические процедуры в отношении данного контингента больных. Уточнение характеристик шизофрении, особенно ее стертых форм, сочетающихся также с атипично текущей в этих случаях алкогольной зависимостью, данные о котором приводятся в методических рекомендациях, позволяют улучшить диагностику и оптимизировать назначаемую психофармакотерапию «больных с двойным диагнозом», создавая тем самым предпосылки для улучшения качества и продления сроков ремиссий. Методические рекомендации предназначены для использования психиатрами-наркологами амбулаторной и стационарной наркологической служб.

Разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

Авторы: кандидат медицинских наук, научный сотрудник Т.Ю. Тульская; доктор медицинских наук, профессор О.Ф. Ерышев; доктор медицинских наук, профессор Е.М. Крупицкий

## ВЕДЕНИЕ

Важным моментом, свидетельствующим об актуальности усовершенствования способов диагностики коморбидных состояний, является недостаточная разработанность этой темы и знакомство с нею врачей, а также значительное количество больных, у которых сочетаются психические и аддиктивные расстройства. По данным современных исследований от 15 до 65% больных шизофренией злоупотребляют ПАВ. При этом алкоголь и никотин являются наиболее частыми объектами «интересов» больных шизофренией к ПАВ. 47% больных шизофренией полностью удовлетворяют критериям злоупотребления ПАВ.

Пациенты с двойным диагнозом имеют более низкий социально-экономический статус и хуже функционируют в психосоциальном отношении, чем просто больные шизофренией. Эти больные труднее вовлекаются в лечебные программы, отличаются большей суицидоопасностью, большей склонностью к криминальному поведению, значительной частотой рецидивов аддикции.

Данный контингент пациентов мало исследовался из-за опасений вызвать осложнения, связанные с сочетанием употребления ПАВ и лекарств, а не потому, что эти люди хуже удерживаются в программе исследования. Психическое расстройство у них протекает тяжелее. При этом надежды на большую эффективность нового поколения антипсихотиков, по сравнению с традиционными нейролептиками не оправдались, а отношение больных к лечению в лучшую сторону не изменилось. В связи с этим, задачей настоящих методических рекомендаций явилось описание клинической картины различных вариантов и форм течения шизофрении у больных с сочетанной алкогольной зависимостью. Такая информация, полученная в результате клинического и клинико-психологического исследования пациентов с коморбидной патологией и ее сравнение с клинической картиной пациентов, страдающих люцидным (не осложненным) алкоголизмом, позволят врачу психиатру-наркологу увереннее ориентироваться в диагностике коморбидных состояний, тщательнее конструировать схемы лечения и уточнять прогноз течения болезни у этой группы больных. Вопросы адекватной диагностики здесь особенно важны, т.к. большинство первых визитов этой категории больных, от которых зависит их дальнейший «путь», они в 40% случаев наносят именно врачу психиатру-наркологу. И на сегодняшний день остается нерешенным вопрос, «кому лечить таких больных?» — психиатру

или наркологу. Ответ на этот вопрос нередко дается с большим опозданием (он зависит от адекватной диагностики), что осложняет состояние больных, снижает эффективность лечения и делает необходимым знакомство с этой проблемой, как наркологов, так и психиатров.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

### ***Характеристики психопатологической симптоматики у больных шизофренией, сочетающейся с алкогольной зависимостью***

В практике врача-нарколога чаще всего возникают затруднения в диагностике и ведении больных с сочетанием зависимости от ПАВ и эндогенными психическими расстройствами.

Именно такие расстройства часто являются «почвой» для злоупотребления алкоголем и другими ПАВ. Мы рассматриваем алкогольную зависимость (АЗ), сочетающуюся с шизофренией. Наибольшие затруднения в диагностике вызывают случаи с малопрогрессирующим течением болезни (шизофренией) и неяркой, «смазанной» симптоматикой.

Для таких больных характерны аффективные колебания, выражающиеся в субдепрессивных или тревожных проявлениях. Субдепрессии носят астенический, ипохондрический или апатический оттенок. Астенические проявления в подобных случаях касаются преимущественно идеаторных расстройств: больные рассеяны, с трудом сосредотачиваются, снижается именно умственная работоспособность. Помимо этого наблюдаются расстройства мышления в виде бесплодного рассуждательства, нарушения обобщений, наплывов и обрывов мыслей. Вместо имевшихся ранее устойчивых интересов возникают новые отвлеченные, лишённые практической направленности. Больные все больше замыкаются в себе, теряют прежние привязанности (аутистические тенденции). Оставаясь способными реагировать на мелкие жизненные неурядицы, проявляя иногда повышенную сентиментальность, они остаются равнодушными к большим важным событиям жизни. У некоторых отмечается раздражительность, расторможенность влечений, лживость, жестокость.

Важным признаком, позволяющим дифференцировать эти состояния от расстройств личности, является наличие в анамнезе пе-

риода времени, когда описанные расстройства появляются и усиливаются. Расстройства личности, формируясь в детстве или в подростковом периоде, существуют в течение всей жизни, не меняясь, но иногда усиливаясь под влиянием различных факторов (декомпенсации).

Формирующиеся у коморбидных больных синдромы носят либо неврозоподобный (аффективные колебания и обсессивные проявления), либо психопатоподобный (поведенческие отклонения) характер. Психопатологические проявления в этих состояниях нередко выглядят смазанными неяркими. У окружающих, а иногда и врачей возникает желание объяснять их различными внешними моментами, «психологически» выводить эти расстройства из окружающей ситуации, в то время, как при более пристальном рассмотрении, сами эти ситуации являются следствием психического нездоровья пациента.

Приводим краткие описания наиболее часто встречающихся вариантов этих состояний.

### Неврозоподобные синдромы

*Сенестопатически-ипохондрический синдром.* Состояния характеризуются такими чертами, как аффективные расстройства (сниженное настроение и тревога) ипохондрические проявления (преувеличение болезненных расстройств или постоянное предъявление жалоб при отсутствии объективного их подтверждения), болевыми и вегетативными расстройствами. Подобные проявления склонны к длительному течению и напоминают невротические симптомы, в том числе соматоформные. Если наблюдать этих пациентов длительное время, то обращает на себя внимание нарастание негативных (дефицитарных) проявлений (эмоциональная холодность, неадекватность и отгороженность). Инициальный период при малопрогрессирующей шизофрении может тянуться годами, а иногда — десятилетиями. Часто при этом имеются и сенестопатические проявления. Они отличаются от обычных болей отсутствием вегетативного сопровождения и какой-либо соматической или психической провокации. Важность распознавания этих расстройств обусловлена тем, что больные именно с такими нарушениями упорно обследуются, а последнее слово при этом остается за психиатром или наркологом. Они приходят к врачу с жалобами, напоминающими симптомы различных болезней: мигренозные боли, боли в суставах и позвоночнике, же-

ние за грудиной, в области мочевого пузыря и промежности, ноющие боли в области печени. Развитие такой симптоматики происходит на фоне своеобразной астении, выражающейся в трудности сосредоточиться, понижении умственной работоспособности и активности, потере инициативы («падение энергетического потенциала»), нарастании замкнутости.

В какой-то момент жизнь этих людей резко меняется, и человек, до этого не знавший адреса своей районной поликлиники, все чаще и чаще начинает обращаться к врачу, требовать, «чтобы его вылечили». Обращает на себя внимание несоответствие тяжести жалоб и «умеренного» депрессивного фона, на котором они существуют, нередкое отсутствие адекватной реакции на объяснение врача. При этом одни пациенты не особенно интересуются, что у них за болезнь, другие же уверены в существовании у них конкретного болезненного процесса, который требует даже оперативного вмешательства. Обращает на себя внимание необычность описания болевых ощущений. Часто эти ощущения локализируются в голове: «бульканье», «переливание»; иногда — в различных полостях тела: «кипение» в животе, «распирание» в малом тазу. Излагают свои жалобы пациенты монотонно, их внешне спокойный вид не соответствует тяжести описываемой болезненной картины, хотя ни о чем, кроме болезни и лечения они не говорят. Некоторые из этих людей занимаются самолечением, придумывают изнуряющие диеты, употребляют особые настои трав, принимают замысловатые позы, с целью «ослабления болезни». Постепенно больные становятся все более замкнутыми, вялыми, чужаковыми, теряют работоспособность.

*Обсессивно-фобический синдром.* В рамках малопрогрессирующей шизофрении на фоне описанных выше нарастающих проявлений специфического дефекта могут наблюдаться навязчивые состояния, среди которых преобладают отвлеченные назязчивости (навязчивое мудрствование, навязчивый счет и т.д.). Навязчивые страхи (фобии) напоминают таковые при неврозах и депрессиях, однако аффективное сопровождение этих расстройств у процессуальных больных постепенно выхолащивается. Выполняемые некоторыми больными для смягчения страхов и опасений ритуальные действия также теряют связь с эмоциональной основой и все больше приобретают характер простых стереотипий.

Неврозоподобные синдромы могут включать в себя и истероформные черты.

## Психопатоподобные синдромы

*Истероформный* синдром проявляется в эмоциональной неустойчивости, «театрализации» и демонстративности аффективных проявлений (патетика с заламыванием рук, рыдания, хохот и др.), эгоцентризме, стремлении постоянно находиться в центре внимания окружающих, склонности к фантазированию (иногда пациенты искренне верят в свои фантазии). Пациенты разговаривают с высоко, хвастаются консультациями «у светил», когда речь идет о здоровье и лечении. В отличие от больных неврозами, рисунок поведения таких больных носит более вычурный карикатурный характер.

*Гебоидный синдром* определяется эмоциональной холодностью, черствостью и жестокостью по отношению к близким, за счет которых эти пациенты, обычно и существуют (МКБ-10 представляет его как диссоциальное личностное расстройство). Тирания своих близких, больные оговаривают их, лгут о том, что родители жестоко к ним относятся, «избивают», «выгоняют» и пр. Для этого синдрома характерно также расстройство влечений, выражающееся в девиантном, а иногда криминальном поведении (бродажничество, злоупотребление психоактивными веществами, воровство и др.).

## Аффективные синдромы

Аффективные расстройства присутствуют, практически, во всех вариантах психопатологических синдромов, независимо от ее нозологической принадлежности. И у рассматриваемого нами контингента коморбидных больных мы нередко встречаем пациентов, у которых аффективные расстройства достаточно выражены и являются осевыми в синдроме. Они существуют не только в состоянии острой абстиненции, в постабстинентном синдроме, но возникают и спонтанно в периоды трезвости, в соответствии с характеристиками течения шизофренического процесса. В одних случаях аффективный компонент представлен апатико-динамическими состояниями (*апатическая депрессия*) с деперсонализационными включениями преимущественно аутопсихического характера (ощущение автоматичности своих действий, притупление восприятия окружающего, «утрата чувств»). Со временем эмоциональные реакции становятся все более однообразными, продолжая носить апатическую окраску. Такие больные нередко отрицают свое депрессивное настроение, вообще с трудом описывают свое эмоциональное состояние или от-

казываются это делать (алекситимия). По самооценочным шкалам ситуационной и личностной тревожности, а также по шкале депрессии Зунга эти пациенты имеют низкие показатели (в сравнении с аналогичными пациентами, страдающими иными вариантами шизофренической депрессии и пациентами с люцидной АЗ).

Другим вариантом аффективного синдрома у этой категории коморбидных больных является *тревожная депрессия*. В этих случаях превалирует тревога, иногда доходящая до уровня панических приступов. Она может сочетаться с бредоподобными, обсессивно-фобическими, деперсонализационными расстройствами. Иногда больные бывают напряжены, двигательно беспокойны. При этом они активно ищут помощи. Больные демонстрируют максимальные показатели тревоги по самооценочным шкалам Спилбергера-Ханина.

Наконец, третий вариант аффективных синдромов у больных, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью, можно условно назвать *промежуточными депрессиями*. Такая квалификация синдрома связана с тем, что по клинической картине и клинко-психологическим данным больные этой категории находятся между апатическими и тревожными депрессиями. Аффект у этих больных достаточно напряженный и характеризуется, как тревожный или тоскливый. Они отмечают свою «внутреннюю измененность». Наблюдаются проявления растерянности. Нередко под влиянием острой алкогольной интоксикации появляются элементы психического автоматизма, острого чувственного бреда, параноидной настроенности. В целом депрессии достаточно полиморфны и по мере углубления хронической алкогольной интоксикации могут включать в себя дисфорические проявления. Больные, в отличие от коморбидных больных с другими вариантами депрессий, адекватно оценивают свое эмоциональное состояние и обнаруживают высокие показатели по самооценочным шкалам депрессии и тревоги.

Одним из существенных факторов, влияющих на формирование и течение коморбидных расстройств, является первичность возникновения того или иного элемента коморбидности: шизофрении или аддикции. Поэтому целесообразно рассматривать описываемый нами контингент больных, разделив его на две подгруппы: подгруппа, в которой первично формируется АЗ, а на ее фоне возникает процессуальное заболевание (ПАЗ) и вторая подгруппа, в которой первично возникает шизофреническая симптоматика (ПШЗ). Для более четких клинических представлений имеет смысл



сравнивать не только коморбидных больных с больными люцидным (не осложненным) алкоголизмом, но проводить и внутригрупповое сравнение «больных с двойным диагнозом» — подгруппу ПАЗ с подгруппой ПШЗ.

Первичность возникновения шизофрении или аддиктивных расстройств (АЗ) оказывается связанной с характером начала эндогенного процесса.

После редукции острой алкогольной абстиненции и сопровождающей ее психотической симптоматики выявляется специфическая процессуальная симптоматика и атипичные аффективные состояния. Аффективные нарушения у пациентов с коморбидной патологией проявляются дискретно, особенно у больных с псевдозапойным ритмом пьянства. Возникающие в межзапойный период аффективные нарушения, могут затушевывать нарастание негативной (апатической) симптоматики.

На этапе становления алкогольной ремиссии устойчиво формируются патологические эндогенные симптомокомплексы. Использование дименсиональной (множественной) модели шизофрении<sup>1</sup> позволяет выявить, что в подгруппе ПШЗ практически равномерно распределяются когнитивные нарушения, негативные симптомы, аффективные и у позитивные. В подгруппе ПАЗ преобладают когнитивные нарушения, негативные нарушения проявляются, а позитивные расстройства отмечаются аффективными проявлениями болезни. Таким образом, при первичном возникновении АЗ значительно более выражены когнитивные, а в меньшей степени — позитивные и негативные расстройства.

У больных же с люцидной АЗ, после редукции алкогольного абстинентного синдрома (ААС), на этапе становления ремиссии, в основном возникают нерезко выраженные аффективные нарушения в виде тревоги, дисфории, апатии и лишь у небольшой части больных отсутствуют диагностически значимые аффективные симптомы.

При этом аффективные расстройства, если они представлены в клинической картине, всегда более выражены у коморбидных больных. У всех коморбидных больных преобладают тревожный, идеаторный и меланхолический компоненты депрессии. У люцидных больных

---

<sup>1</sup> Использование этой модели предусматривает оценку не только негативной и позитивной симптоматики, но также аффективную, когнитивную некоторые другие их составляющие.

с АЗ более значимыми оказываются расстройства сна и тревога, но значительно меньше выраженные, чем в основной группе.

Показатели основных симптомокомплексов эндогенного процесса (шизофрении) по шкале BPRS практически не отличаются между собой у больных с ПШЗ и ПАЗ и распределяются почти поровну. Но все же несколько выше тревожно-депрессивный фактор оказывается при ПШЗ. Результаты оценки клинических симптомов шизофрении по шкале PANSS у тех и других пациентов также почти не различаются между собой. Немного больше негативные симптомы представлены у больных с ПАЗ, чем с ПШЗ. Позитивные проявления несколько меньше в случаях с ПАЗ, чем с ПШЗ.

В период устойчивой ремиссии алкогольной зависимости отчетливее проявляется эндогенная симптоматика. Выраженность дефекта в ПШЗ распределяется следующим образом: у большей части больных выражен «выраженный» дефект. В подгруппе ПАЗ чаще встречается умеренный дефект. Таким образом, проявления дефекта более выражены в подгруппе больных с ПШЗ.

Больные с данной коморбидной симптоматикой критически относятся к злоупотреблению алкоголем, часто признавая себя больными алкоголизмом еще до начала соответствующей работы с врачом наркологом. В некоторых случаях можно говорить о гиперкритике (пациенты связывают с пьянством даже проблемы, возникающие по другим причинам). В то же время о переживаниях, связанных с шизофреническим процессом, т.е. об имеющихся у них психопатологических расстройствах они умалчивают.

Больные с люцидным алкоголизмом часто не критичны к злоупотреблению алкоголем и никаких серьезных проблем с ним не связывают.

Если говорить о психотерапевтическом контакте с врачом, в диагностический и последующий периоды лечения, то можно отметить некие различия в подгруппах пациентов, а также в контрольной группе. В подгруппе ПШЗ доверительный контакт наблюдается у меньшей части больных, а у большей носит формальный характер. У больных с ПАЗ и люцидным алкоголизмом формальный контакт выражен у большей части больных. О сложности формирования психотерапевтического контакта с наркологическими, в том числе и с коморбидными, пациентами может свидетельствовать тот факт, что половина из них поступает в наркологический стационар повторно вскоре после выписки.

Коморбидные больные после выписке из стационара, следуют рекомендациям врача: — в подгруппе ПШЗ и ПАЗ — чаще выполняют рекомендации врача и реже игнорируют их, Больные люцидным алкоголизмом в чаще наоборот не выполняют рекомендации врача. Таким образом у коморбидных больных в сравнении с пациентами, страдающими люцидным алкоголизмом существует лучший комплайенс.

При стационарном лечении больных с двойным диагнозом в наркологическое отделение обращает на себя внимание их обособленность от остальных пациентов, отсутствие стремления «немедленно» выписаться при улучшении общего состояния. Больным же с люцидной АЗ обычно свойственно стремление «немедленно» покинуть стационар при первых же признаках улучшения.

Социальная адаптация в подгруппе ПШЗ и ПАЗ в большей степени остается сохранной и у меньшей части полностью утраченной. Наиболее социально дезадаптированными являются пациенты, первично заболевшие шизофренией.

### ***Характеристики алкогольной зависимости у больных шизофренией***

*Мотивы употребления алкоголя* коморбидными больными имеют свои особенности и могут свидетельствовать об активности процессуального заболевания. У больных, где алкоголизм предшествует шизофрении, мотивы употребления алкоголя на начальных этапах не отличаются от таковых у люцидных больных (контрольная группа). При развитии заболевания (шизофрении), начинают преобладать личностно значимые мотивы. У пациентов, где первично развивается шизофрения, изначально, мотивы употребления алкоголя (МПА) носят личностно значимый характер.

Сравнение МПА между пациентами основной и контрольной группой показывает, что ведущими мотивами употребления алкоголя у коморбидных больных являются атактические (для снятия тревоги, напряжения), в меньшей степени гиперактивизирующие (алкоголь в первое время улучшает общий тонус и работоспособность, улучшает настроение). Больные люцидной АЗ используют алкоголь в основном в рамках традиций, влияния микросреды, гедонистическим, а также по собственно аддиктивным мотивам.

Больные АЗ поступают в наркологическую клинику, как правило, в состоянии острой алкогольной интоксикации. Для *алкоголь-*

*ного абстинентного синдрома (ААС) у больных с двойным диагнозом свойственно быстрое снижение соматовегетативных расстройств (если они были), при последующем нарастании психических нарушений. У них отмечается психический компонент абстиненции: тревога, страх, доходящий до психотического уровня, навязчивые мысли, бредоподобные идеи. У некоторых больных острая абстиненция провоцирует оживление психотической симптоматики основного заболевания (шизофрении).*

В группе больных люцидным алкоголизмом, напротив, всегда преобладают соматовегетативные расстройства в абстиненции. У большинства больных отдельно представлены соматовегетативные нарушения, а в некоторой части случаев сочетаются психические и соматовегетативные расстройства (это пациенты либо с длительным сроком течения АЗ, либо имеющие нерезко выраженные резидуальные органические признаки, такие как метеотропность, плохая переносимость высоких доз алкоголя, выраженные амнестические нарушения периода опьянения, склонность к дисфориям и пр.). И у таких больных психический компонент если возникает, то на пике вегетативных проявлений, но может сохраняться на некоторое время и после их исчезновения. Как правило, он имеет простую структуру, в отличие от коморбидного алкоголизма. В основном, это аффективные нарушения (дисфория, тревога, апатия, нарушение сна, кошмарные сновидения, гипнагогические галлюцинации).

*Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) у больных шизофренией часто напрямую связано с активностью шизофренического процесса. И после купирования ААС влечение к алкоголю у таких больных может значительно усиливаться, что редко бывает у люцидных пациентов.*

Оценка ПВА по объективной шкале Альтшулера-Чередниченко, выявляет преобладание разных компонентов ПВА у больных шизофренией и больных люцидной АЗ.

У больных шизофренией влечение к алкоголю чаще носит обсессивный характер: мысли о выпивке неотступно преследуют больного. Аффективная составляющая ПВА проявляется тревогой, страхом, доходящим до психотического уровня, чувством тоски с витальным компонентом, внутренним напряжением, иногда апатией и снижением активности. Нередко аффективные нарушения носят маниакальный или смешанный характер: повышенная активность со «скачкой идей», тревогой, содержащей дисфорические включения, то есть напоми-

нает так называемую «гневливую манию». У части пациентов (больше с сопутствующими психопатоподобными расстройствами), преобладает поведенческий компонент ПВА с агрессивностью, гебоидностью, враждебными намерениями, в основном по отношению к людям, требующим трезвости, категорическим отказом от лечения. Вегетативный компонент ПВА у больных шизофренией представлен незначительно и только в сочетании с идеаторным или аффективным, в отличие от люцидных больных, у которых, напротив, идеаторный компонент, если и представлен, то только вместе с вегетативным, который является преобладающим, то есть, и в этом случае у люцидных больных более значимым является вегетативный компонент ПВА: мысли о выпивке сопровождаются тахикардией, повышением или понижением артериального давления, слюнотечением, алкогольными сновидениями. Реже у коморбидных больных выражена аффективная составляющая ПВА в виде дистимий, субдепрессивных явлений, дисфории, апатии или благодушия, течением АЗ и явлениями энцефалопатии).

После редукции симптомов алкогольной интоксикации и острой психотической симптоматики (если она имела место), вырисовывается специфическая процессуальная симптоматика и атипичные аффективные нарушения.

Что касается *формы пьянства*, то у больных с ПШЗ в большинстве случаев ее трудно квалифицировать в привычных рамках, и мы ее характеризуем как «хаотическую», когда эпизоды постоянного пьянства могут сменяться длительными спонтанными ремиссиями или периодами с редкими алкогольными эксцессами. Некоторая часть этих больных страдают запойным вариантом употребления алкоголя и в единичных случаях характеризуется постоянным вариантом. Форма пьянства у больных с ПАЗ близка к таковой у люцидных больных. У люцидных больных чаще определяется запойный вариант употребления алкоголя, затем постоянный и в единичных случаях отмечается перемежающийся ритм пьянства.

Таким образом, у коморбидных больных шизофренический процесс часто оказывает влияние на течение алкогольной зависимости, вызывая ее дизритмическое течение. В случаях нерезко выраженной, стертой симптоматики, этот феномен может казаться просто атипичной формой течения алкогольной зависимости, и лишь при тщательном анализе клинических проявлений удастся выявить соответствующие связи и в известной мере объяснить необычное течение отчетливой аддиктивной симптоматики.

*Тип опьянения* у больных с ПШЗ в половине случаев психотической. На пике опьянения возникает психопатологическая картина с галлюцинациями, бредом, сопровождающаяся обычно аффектом страха. Иногда алкогольная интоксикация провоцирует развернутую форму эндогенного психоза. Наблюдается простой тип опьянения и дисфорический. У больных с ПАЗ преобладающей является простая форма опьянения и психотическая, реже дисфорическая.

Нередко, в *опьянении*, проявляются признаки процессуального заболевания. На высоте развития экзогенного психоза, проявляющегося спутанностью сознания, дезориентировкой в месте и времени, непродолжительными зрительными галлюцинациями, проявляются симптомы Кандинского-Клерамбо (идеи воздействия на психические процессы, у некоторых пациентов возникает развернутая психотическая картина с идеаторными, моторными и сенсорными автоматизмами), идеи преследования, сопровождающиеся бурным аффектом. По мере исчезновения растерянности и уменьшения эмоционального напряжения выявляются нарушения мышления с резонерством, символическими трактовками.

*Темп развития* алкогольной зависимости у больных, где первично сформировался алкоголизм и у больных люцидным алкоголизмом, мало различаются между собой.

У больных с ПШЗ острый абстинентный синдром возникает достаточно быстро. Но при этом динамика алкогольной зависимости (ее прогрессивность) у таких больных может меняться в течение жизни, причем в большинстве случаев прогрессивность алкоголизма уменьшается.

У больных с ПШЗ, при быстром развитии симптомов острой абстиненции, у большинства больных происходит уменьшение brutality пьянства, нередко возникают спонтанные ремиссии алкоголизма, происходит изменение толерантности и картины пьянства. Толерантность к спиртным напиткам, как у коморбидных больных, так и больных люцидных больных своих особенностей не имеет. В основном преобладает средний и высокий уровень толерантности.

*Ситуационный контроль* в группе ПШЗ в половине случаев сохранен. У больных ПАЗ в большей части утрачен в сравнении с ПШЗ и в сравнении с люцидными больными. Эти данные говорят о том, что больные люцидным алкоголизмом могут дольше сохранять ситуационный контроль, чем коморбидные пациенты, у которых на социаль-

ную адаптацию могут влиять как нарастание дефицитарных симптомов шизофрении, так и личностные проявления.

Таким образом, коморбидные и люцидные больные почти не различаются по возрасту формирования АЗ. Появление ААС у коморбидных больных в общем происходит быстрее, чем у люцидных. При этом существует разница в скорости формирования АЗ у больных с ПШЗ и ПАЗ, выражающаяся в ускоренном формировании алкогольного абстинентного синдрома у пациентов с первично развивающимся шизофреническим процессом. Это, однако, не сопровождается нарастанием другой аддиктивной симптоматики и, в первую очередь, — алкогольной деградации. В этих случаях негативная симптоматика в большей степени носит черты шизофренического дефекта. У больных с аддиктивным вариантом начала коморбидности (первичное проявление алкогольной симптоматики) алкогольные изменения и алкогольная деградация проявляются более отчетливо. У больных ПАЗ также чаще наблюдается острое и подострое начало шизофренического процесса, что может свидетельствовать об определенных патогенетических связях обоих патологических процессах (хроническая алкогольная интоксикация, «прокладывая путь» шизофреническому процессу, способствует его «экзогенноподобному» течению).

*Имеется еще ряд важных характеристик, свойственных всей группе коморбидных больных.*

У этих пациентов в клинической картине важную роль играют атипичные и полиморфные аффективные нарушения. У люцидных больных они менее выражены и легче группируются в определенные субдепрессивные картины. В группе коморбидных больных они более расплывчаты и часто служат лишь фоном для наблюдаемого атипичного синдрома. В период выхода из состояния острой алкогольной интоксикации (постабстинентный синдром) или в период воздержания от приема алкоголя у коморбидных больных проявляются эндогенные признаки психического неблагополучия: отрывочные бредовые или галлюцинаторные расстройства, растерянность, беспредметная тревога, навязчивости, деперсонализация. Алкоголь употребляется этими больными, чтобы смягчить психическое неблагополучие, т. е. среди мотивов потребления алкоголя преобладают личностные (атарактические или гиперактивизирующие) мотивы. В течении АЗ отмечается элемент диссоциации между ее быстрым формированием и сравнительно медленным нарастанием алкоголь-

ной деградации личности. Возможно, это связано с тем, что в относительно длительные периоды трезвости личностные изменения носят характер нарастающего шизофренического дефекта, который как бы «скрадывает» собственно алкогольные изменения личности.

ААС и ПВА у коморбидных больных отличаются преобладанием когнитивного компонента, в отличие от больных люцидной АЗ, у которых четко превалирует соматовегетативный синдром. В состояниях острой алкогольной интоксикации и последующей острой абстиненции у больных коморбидной группы часто проявляются продуктивные симптомы, свойственные шизофрении.

Течение алкогольной зависимости у коморбидных больных, патогенетически тесно связанное с развитием шизофренического процесса, характеризуется вариантом, который не укладывается в рамки обычных клинических проявлений а, при маскировании шизофренических симптомов может служить признаком, позволяющим предположить наличие у больного эндогенного заболевания.

Черты, атипичные для обычной алкогольной зависимости в большей степени проявляются у коморбидных больных, у которых шизофренический процесс предшествует развитию алкогольной зависимости.

Значительные трудности возникают при распознавании атипичных «стертых» форм шизофренического процесса, сочетающегося с АЗ. Определенные различия в течении и симптоматике алкогольной зависимости имеются между коморбидными больными, у которых первично формируется АЗ, и у тех, где она возникает на фоне уже начавшегося шизофренического процесса. Приведенные данные позволяют врачам обратить внимание на необходимые детали анамнеза статуса пациентов для выделения соответствующих существенных диагностических характеристик, сократить время диагностического процесса, избежать обычно безрезультатных попыток проведения традиционной противоалкогольной терапии у этих больных, выбрать рациональный вариант лечения и составить конкретные прогностические представления о пациентах с коморбидной патологией.



## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ААС — алкогольный абстинентный синдром

АЗ — алкогольная зависимость

МПА — мотивы употребления алкоголя

ПАВ — психоактивные вещества

ПАЗ — первичное развитие алкогольной зависимости

ПВА — патологическое влечение к алкоголю

ПШЗ — первичное развитие шизофрении