

ВТОРИЧНАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ШУСТОВ Д.И.*, КИСЕЛЕВ Д.Н.**, НОВИКОВ С.А.*, ЗУЙКОВА Н.Л.***

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация

**ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Российская Федерация

***ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Российская Федерация

Резюме.

В статье приводятся результаты клинического исследования, направленного на изучение клинических особенностей вторичной АЗ у лиц, страдающих психическими расстройствами, а также влияние этих особенностей на обращаемость пациентов за антиалкогольной помощью и результативность различных видов антиалкогольной терапии. Было проведено клиническое обследование 108 пациентов (93 мужчины и 15 женщин), страдающих психическими расстройствами, сочетанными с алкогольной зависимостью. Истинная алкогольная зависимость была диагностирована у 67 человек (60 мужчин и 7 женщин), симптоматическая – у 33 человек (28 мужчин и 5 женщин). Истинная алкогольная зависимость достоверно чаще предшествовала развитию шизофрении и к моменту дебюта эндогенного заболевания зависимость достигала 2 степени. Показано, что дебют шизофрении в 43,3% случаев истинной алкогольной зависимости был связан с алкогольным эксцессом и провоцировался им. Доказано, что истинная алкогольная зависимость, сочетающаяся с шизофренией, имеет выраженный наследственный компонент, высокую прогрессивность, превалирующий периодический тип злоупотребления алкоголем с более ранним формированием алкогольного абстинентного синдрома (ААС) с выраженными соматическим и психическим компонентами, возникающими на фоне ААС алкогольными психозами. Истинная алкогольная зависимость способствует в подавляющем большинстве случаев утяжелению течения шизофрении, повышению аутоагрессивности и агрессивности, проявлениям антисоциального поведения – совершению общественно-опасных действий, что приводит к судимостям и активному диспансерному наблюдению. В то же время, истинная алкогольная зависимость обуславливает повышение обращаемости за различными видами антиалкогольного лечения. Установлено, что симптоматическая алкогольная зависимость в структуре сочетанного заболевания утяжеляет проявления продуктивной симптоматики эндогенных и экзогенных психических расстройств, способствует патологической адаптации и социализации, что негативно сказывается на терапевтической мотивации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость; шизофрения; органическое поражение головного мозга.

Abstract.

The article presents findings of the clinical trial aimed at the investigation of clinical characteristics of secondary alcohol dependence in patients suffering from mental disorders, as well as an impact of these characteristics on patients' anti-alcohol help seeking and outcomes of various types of anti-alcohol treatment. The clinical examination of 108 patients (93 males and 15 females) with mental disorders combined with alcohol dependence was performed. True alcohol dependence was diagnosed in 67 people (60 males and 7 females), symptomatic alcohol dependence was diagnosed in 33 subjects (28 males and 5 females). True alcohol dependence preceded the development of schizophrenia significantly more often, and by the time of an endogenous disorder onset this dependence had reached the 2nd degree severity. It has been demonstrated that the onset of schizophrenia in 43,3% of cases with true alcohol dependence was connected with an incident of heavy drinking and was provoked by it. The evidence has been received that true alcohol dependence combined with schizophrenia has a clearly marked hereditary component and progresses quickly. Most patients with such a condition abuse alcohol on an occasional basis and develop the alcohol withdrawal syndrome with expressed somatic and mental components earlier, with psychoses occurring during the withdrawal. True alcohol dependence in the majority of cases contributes to a greater

severity of schizophrenia, more frequent self-destructive behaviours, manifestations of antisocial behaviours – criminal acts resulting in conviction and regular mandatory visits to the in-patient dispensaries. At the same time true alcohol dependence is the main factor contributing to an increased anti-alcohol help seeking. The findings show that symptomatic alcoholism in the structure of a concomitant disease increases the manifestation severity of the productive symptoms of endogenous and exogenous mental disorders, leads to problems in adaptation (pathological adaptation) and socialization, which negatively influences treatment motivation.

Key words: alcohol dependence, schizophrenia, organic brain damage.

Алкогольная зависимость при сопутствующей психической патологии

Психические расстройства, сочетающиеся с алкогольной зависимостью (АЗ), все чаще становятся объектами пристального изучения, поскольку существуют «на стыке» двух специальностей – наркологии и психиатрии, тем самым обуславливая трудности диспансеризации, профилактики и лечения пациентов. Так, по данным разных авторов, среди больных АЗ, наркоманией и токсикоманией пятая часть (20%) обнаруживает процессуальные эндогенные психические расстройства, а среди больных с эндогенными расстройствами от 12 до 50% пациентов злоупотребляют алкоголем и психоактивными веществами [1-4]. Однако специального диспансерного учета пациентов этой группы не ведется ни в наркологических, ни в психоневрологических диспансерах.

При достаточно изученной психиатрической составляющей сочетанной патологии [3, 5-10] следует констатировать недостаточную освещенность клинических особенностей течения вторичной алкогольной зависимости – истинной и симптоматической [1, 3, 5, 11, 12], а также влияние особенностей отмеченных типов АЗ на мотивацию и результативность антиалкогольного лечения у лиц с психической патологией.

Таким образом, целью настоящего исследования стало (1) изучение клинических особенностей вторичной АЗ у лиц, страдающих психическими расстройствами неаддиктивной природы, а также (2) влияние этих особенностей на обращаемость пациентов за антиалкогольной помощью и результативность различных видов антиалкогольной терапии.

Методы

Для решения поставленных задач нами за период 2008-2010 гг. проведено клиническое обследование 108 пациентов – 93 (86,1%)

мужчины и 15 (13,9%) женщин, страдающих психическими расстройствами, сочетанными с АЗ. Все пациенты наблюдались и состояли на диспансерном учете в Рязанском психоневрологическом диспансере (ПНД) и Тамбовском ПНД. Поскольку специальной статистики указанного контингента официально не ведется, то обследованию предшествовала большая работа по выявлению соответствующих лиц. При этом исследовался весь объем учетной медицинской документации диспансеров, а именно: 3974 амбулаторные карты больного (формы №200, №203/у) в Рязани и 2600 амбулаторных карт в Тамбове. Основной контингент был обследован амбулаторно: либо во время очередного визита пациента на осмотр в диспансер, либо во время активного выезда к пациенту на дом. В последнем случае, с согласия больного, вся беседа фиксировалась на диктофон и изучалась при дальнейшем прослушивании. Исследование проводилось после получения информированного согласия пациента.

Пациентов с сочетанной с АЗ психической патологией, по данным Рязанского ПНД, было определено 76 человек, или 1,76% от всего взрослого контингента, состоящего на диспансерном учете. Пациентов с сочетанной с АЗ психической патологией, по данным Тамбовского ПНД, было определено 235 человек, или 9% от всего контингента, состоящего на учете. Подобные значимые ($p < 0,05$) различия были обусловлены во многом организационными аспектами психиатрической и наркологической служб регионов [6, 13].

В соответствии с поставленной целью и задачами мы использовали клинико-психопатологические методы обследования, касающиеся наркологической и психиатрической составляющей согласно МКБ-Х.

В качестве стимульного материала мы использовали подготовленную нами анкету, состоящую из четырех блоков: формального (1),

психиатрического (2), наркологического (3), аутоагрессивного (4).

При проведении статистической обработки материала использовались количественные и качественные показатели, рассчитывалась достоверность результатов исследования. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $P < 0,05$. Статистический анализ проводился с применением программы Excel 2000 и Statistica 5.5.

Результаты собственных исследований

Особенности АЗ у пациентов с сочетанной патологией

В соответствии с целью и задачами исследования в структуре сочетанной патологии мы рассматривали истинную АЗ или симптоматическую АЗ как составляющие одного сочетанного (коморбидного) расстройства. При этом мы ориентировались на понимание этой проблемы, данное в работах Московского НИИ психиатрии [1, 3, 5, 11, 12] и ННЦ наркологии МЗ РФ применительно к эндогенным расстройствам [2, 14]. Так, эндоформный тип алкогольной зависимости [2] синонимичен термину «вторичный алкоголизм», предложенному в 1960 г. Е.М. Джеллинеком, и принятому в отечественной литературе термину «симптоматический алкоголизм» [15]. Подобное обозначение призвано отделить «первичную», или «истинную» алкогольную зависимость, возникающую на психопатологически неотягощенной почве и протекающую по классическим закономерностям, формирующую психическую и физическую зависимость, от алкоголя – алкогольный абстинентный синдром (ААС). При симптоматической алкогольной зависимости таковые закономерности не соблюдаются, и злоупотребление алкоголем развивается либо как самостоятельный симптом психического заболевания, либо как симптом, непосредственно с ним связанный, несмотря на наличие длительных периодов злоупотребления алкоголем или постоянного злоупотребления. Алкогольные эксцессы непосредственно связаны с обострением симптоматики основного заболевания. В периоды ремиссии первичное патологическое влечение к алкоголю может отсутствовать. Возможно наличие длительных, «неожиданных» спонтанных ремиссий в течение зависимости.

Различают также «вторичный истинный алкоголизм», когда симптоматика зависимости, возникшей на «базе» какого-то психического заболевания, полностью «отрывается» от основного заболевания и АЗ развивается по тем же закономерностям, что и при первичной истинной АЗ. Наблюдаются различные формы патологического влечения к алкоголю, утрата контроля, повышенная толерантность, абстинентный синдром и даже типичные алкогольные психозы (делирий, галлюциноз) [15]. По терминологии В.В. Чирко и Э. С. Дроздова (2001), такой тип зависимости относится к гетерогенному типу развития и течения аддиктивного процесса у больных с эндогенными расстройствами [2].

Истинная АЗ была диагностирована нами у 67 человек (60 мужчин и 7 женщин) (1 гр), симптоматическая – у 33 человек (28 мужчин и 5 женщин) (2 гр). Данные группы не отличались между собой по возрасту.

С точки зрения психиатрической составляющей сочетанного расстройства в 1 группе было больше ($P < 0,02-0,05$), чем во 2-ой, пациентов с органическим поражением головного мозга (32,8%) и умственной отсталостью (11,9%), а во 2 гр существенно преобладали пациенты с шизофренией (88,24%) и их было больше, чем в 1 гр ($P < 0,001$).

У пациентов 1 группы (с истинной АЗ) достоверно чаще ($P < 0,009$) встречались родственники с АЗ, и определялась связь дебюта психического расстройства с предшествующей интенсивной алкоголизацией ($P < 0,0003$). Достоверно чаще в 1 группе ($P < 0,05$) пациенты начинали злоупотреблять алкоголем до 25 лет, и, соответственно, раньше формировался ААС, достоверно чаще ($P < 0,04$) наблюдался и периодический тип злоупотребления алкоголем и чаще ($P < 0,0008$) наблюдались алкогольные психозы.

Мы также оценивали терапевтическую мотивацию, терапевтическую результативность и длительность терапевтической ремиссии АЗ, а также длительность нахождения вне стен психиатрического стационара у пациентов исследуемых групп. При этом мы старались как можно больше объективизировать данные и не ограничивались лишь ответами пациентов на соответствующие вопросы. Мы использовали данные медицинской документации, сведения, полученные от близких родственников, соседей и медицинского персонала.

У пациентов 1 группы алкоголизация достоверно чаще негативно сказывалась на течении сочетанного психического расстройства, чем во 2 гр ($P < 0,05$), что выражалось в провокации обострений основного заболевания, повышении агрессивности, в том числе к близким людям, повышении антисоциальной активности, что зачастую служило поводами к госпитализации в психиатрический стационар. Пациенты 1 группы демонстрировали достоверно меньшие промежутки времени нахождения вне стен психиатрического стационара ($29 \pm 4,7$ дней против $54,9 \pm 14,4$ дней; $P < 0,05$). Пациенты 2 группы чаще ($P < 0,02$) утверждали, что прием алкоголя «смягчает» психиатрическую симптоматику, например снижает степень выраженности депрессии, раздражительности («успокаивает») и подозрительности, улучшает коммуникацию и проч. По-видимому, вследствие этого специфически разного способа действия алкоголя, пациенты 2 группы меньше стремились лечиться от АЗ, тогда как почти половина ($46,3\%$; $P < 0,05$) пациентов 1 группы пробовали лечиться от алкогольной зависимости разными методами, в том числе методиками вторично-опосредованной психотерапии ($20,9\%$ против $5,9\%$ пациентов 2 гр). Повторно лечились от алкогольной зависимости в $34,3\%$ случаев в 1 группе и $11,8\%$ - во 2 группе. Однако, несмотря на столь убедительную разницу в обращаемости, средняя длительность терапевтической ремиссии достоверно не отличалась между группами.

Особенности вторичной АЗ у больных шизофренией

Наши исследования подтверждают данные К.Д.Малкова [16, 17, 18] о том, что приступообразно-прогредиентная шизофрения сочетается с АЗ чаще, чем другие формы. Однако на большем статистическом материале мы не нашли подтверждения тезиса о том, что истинный алкоголизм преобладает среди пациентов непрерывно-текущей шизофренией, а симптоматический – среди пациентов приступообразной. Наши данные свидетельствуют о более-менее равномерном распределении типов АЗ.

Истинная АЗ достоверно чаще ($P < 0,01$) предшествовала развитию шизофрении ($51,5\%$ против $3,3\%$), и к моменту дебюта эндогенного заболевания зависимость достигала 2 степени. Дебют шизофрении в $43,3\%$ случаев истинной

АЗ (против $11,8\%$) был связан с алкогольным эксцессом и провоцировался им ($P < 0,0003$). Среди пациентов с истинной АЗ было больше молодых людей в возрасте 20-29 лет (9% против 0% ; $P < 0,01$) и процент злоупотребляющих до 25 лет был выше ($38,8\%$ против $17,6\%$; $P < 0,05$). Соответственно, ААС формировался раньше ($28,6 \pm 0,9$ лет против $33,4 \pm 2,5$ лет) и быстрее, причем с выраженностью не только психического компонента, но и сомато-неврологического. Обращает на себя внимание, что истинная АЗ достоверно чаще ($P < 0,04$) препятствовала окончанию средней школы ($29,9\%$ против $11,8\%$), но не препятствовала службе в армии. В группе истинной зависимости $81,8\%$ пациентов служили (против 30% ; $P < 0,01$), что говорит о присоединении шизофрении к этой группе по крайней мере позже 20 лет. «Активная», но хаотичная, неупорядоченная социальная жизнь пациентов этой группы подтверждается и семейным анамнезом – пациенты этой группы чаще заключали браки, но и чаще их расторгли, причем «больше 2 разводов» наблюдалось у $17,9\%$ пациентов с истинным характером зависимости и только у $2,5\%$ пациентов с симптоматическим ($P < 0,05$). В $63,6\%$ случаев против $36,7\%$, пациенты с истинной АЗ имели детей ($P < 0,03$). Отметим, что «10 лет и больше» совместной семейной жизни отмечали пациенты с истинной АЗ достоверно чаще ($P < 0,03$). Эта немногочисленная (но вполне определенная) группа пациентов характеризовалась высокой степенью созависимости, самоотверженным характером ухода за больными, но талантливыми мужьями (случай пациента С. – талантливого художника с сочетанной патологией). На вопрос удовлетворенности семейной жизнью достоверно чаще ($P < 0,03$) утвердительно отвечали пациенты с симптоматической зависимостью, причем в ряде случаев пациенты имели в виду родительскую семью.

Думается, что помимо фактора первичности формирования АЗ на истинный характер алкоголизма при сочетанной с шизофренией патологии влияет и наследственный (семейный) фактор. Так, $62,7\%$ пациентов с истинной АЗ указывали на ближайших родственников - алкоголиков, против $35,3\%$ пациентов с симптоматической зависимостью ($P < 0,05$).

Также пациенты с истинным характером зависимости достоверно чаще страдали от периодической формы злоупотребления алко-

лем в виде запоев ($P < 0,05$), у них достоверно чаще ($P < 0,05$) были диагностированы алкогольные психозы.

Следует отметить и тяжесть истинной АЗ с точки зрения антисоциальной, агрессивной и аутоагрессивной составляющих. Так, пациенты с истинным характером зависимости достоверно чаще ($P < 0,05$) наблюдались в группе активного диспансерного наблюдения (АДН), т.е. совершали общественно-опасные деяния (ООД), среди них было больше судимых лиц (63,6% против 26,7%; $P < 0,003$), они чаще ($P < 0,06$) совершали демонстративные парасуициды способом самопореза, высказывали суицидальные мысли ($P < 0,06$) и намерения ($P < 0,01$). В этой группе и другие формы аутоагрессивного поведения были ярко представлены, например, у них чаще встречались множественные переломы ($P < 0,01$) – маркер рискованного поведения, курение табака ($P < 0,05$) и, соответственно, сигаретные ожоги ($P < 0,05$).

Поскольку пациенты с шизофренией составляли значительную часть всех пациентов с сочетанной патологией, мы также подробно исследовали вопросы, касающиеся терапии АЗ. Было установлено, что больные шизофренией с истинным характером зависимости предпринимали верифицированные попытки лечения в 46,3% случаев, тогда как с симптоматической зависимостью лишь в 14,7% ($P < 0,01$), причем

больше 1 раза лечились 23 человека из группы с истинной зависимостью против 2 человек из группы с симптоматической АЗ ($P < 0,05$). К лечению методом опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии прибегали 11 человек из группы с истинной АЗ и только 1 - из группы с симптоматической АЗ ($P < 0,02$). Отвечая на вопрос, почему стремление к лечению зависимости у пациентов с истинным характером АЗ столь явно преобладало, мы выясняли, насколько алкоголизация усиливает или смягчает течение сочетанного расстройства. Оказалось, что 86,6% пациентов группы истинной АЗ против 61,6% симптоматической АЗ ($P < 0,01$) высказывались и демонстрировали объективные признаки (подтвержденные либо документально, либо динамическим анализом каждого отдельного случая, сделанного авторами) того, что алкоголизация негативно влияет на течение сочетанного расстройства. Тогда как только 26,9% пациентов с истинной АЗ (против 50%; $P < 0,02$) говорили и демонстрировали признаки того, что употребление алкоголя положительно влияет на течение сочетанного расстройства.

В таблице 1 приведены данные, раскрывающие позиции «негативного» и «позитивного» влияния алкогольной зависимости на течение сочетанного заболевания. Данные выражены в баллах. Каждому признаку того или иного регистра присваивался 1 балл. Понятно, что один

Таблица 1 – Сравнительная характеристика действия интенсивного потребления алкоголя у пациентов, страдающих шизофренией с истинным и симптоматическим характером сочетающейся АЗ

Признаки в баллах	Истинная зависимость	Симптоматическая зависимость
Алкоголь «как лекарство»	9	15
Снижает апатию, абулию, замедляет наступление дефектного состояния	2	5
Улучшает настроение	0	4
Способствует социализации	1	1
Успокаивает	0	1
Итого позитивных баллов	12	26
Повышает агрессивность	11	4
Негативное влияние на семейный и социальный статус	2	2
Провоцирует обострения и снижает качество ремиссий	16	4
Ускоряет наступление дефекта	6	0
Усиливает негативное действие личностной «почвы»	3	5
Способствует госпитализации	6	2
Биполярное действие – усиливает депрессию, стимулирует манию	2	3
Итого негативных баллов	46	20

пациент мог характеризовать действие алкоголизации с различных позиций.

Анализируя данные таблицы 1, можно сделать вывод, что пациенты с истинной АЗ приводят вдвое больше аргументов в пользу отрицательного действия на их психический статус, социальную и семейную жизнь интенсивного потребления алкоголя, что нельзя сказать о пациентах с симптоматической зависимостью, которые в половине случаев определяют «позитивное» влияние интенсивной алкоголизации. Понятно, что «позитивное» действие алкоголизации носит относительный характер, например, способствует социализации и коммуникации среди маргинальных элементов. Впрочем, мы отмечали и несколько случаев длительного «исчезновения» из поля зрения психиатров пациентов, удерживающихся в социуме, употребляющих алкоголь и своеобразно адаптированных. В литературе имеются описания регрессионной динамики АЗ по ходу нарастания шизофренического дефекта, когда наличествует группа пациентов с непрерывно текущей шизофренией, сочетающейся с симптоматической зависимостью, у которых «...наиболее частой причиной, способствующей приему спиртных напитков, являлось желание избавиться от субъективно неприятного состояния; поднять настроение, освободиться от психического дискомфорта, тревоги, преодолеть неуверенность в себе» [17]. И далее - «...возобновление алкоголизации зависело от ухудшения психического состояния» [17], то есть больные прибегали к приему алкоголя со своеобразной лечебной целью.

Таким образом, истинная АЗ, сочетающаяся с шизофренией, чаще предшествует дебюту эндогенного заболевания, имеет выраженный наследственный компонент, высокую прогрессивность, превалирующий периодический тип злоупотребления алкоголем с более ранним формированием ААС с выраженными соматическим и психическим компонентами, возникающими на фоне ААС алкогольными психозами. Истинная АЗ способствует в подавляющем большинстве случаев утяжелению течения шизофрении, повышению аутоагрессивности и агрессивности, проявлениям антисоциального поведения – совершению ООД, что приводит к судимостям и АДН. Вместе с тем, столь негативные эффекты алкоголизации, сказывающиеся на течении сочетанного

расстройства, социальном, профессиональном и семейном статусах, способствуют переживанию этих негативных эффектов со стремлением к лечению АЗ, в том числе и психотерапевтическими методами.

Симптоматическая АЗ развивается в основном на фоне шизофренического процесса, ее динамика соответствует динамике эндогенного заболевания, а влияние на течение сочетанного расстройства более неоднозначное. Вместе с негативным влиянием на эндогенную составляющую сочетанного расстройства у половины пациентов отмечается употребление алкоголя по «лечебным мотивам» с целью устранить дискомфорт, повысить настроение, социализироваться, что в ряде случаев способствует замедлению нарастания дефекта и своеобразной адаптации по Гретеровскому типу. Неоднозначное и зачастую «лечебное» или копинговое действие интенсивной алкоголизации приводит к неоправданному избеганию обращения за наркологической помощью.

Особенности вторичной АЗ у больных с органическим поражением головного мозга

У пациентов данной группы в основном (88,3%) была диагностирована истинная вторичная АЗ и только в 4 случаях (11,7%) была диагностирована симптоматическая АЗ. Органические поражения головного мозга в 68% случаев предшествовали развитию АЗ и служили своеобразной «почвой» и в 32% случаев развитие АЗ предшествовало органическим поражениям головного мозга, иногда являясь непосредственной причиной поражения мозга (тяжелые черепно-мозговые травмы или деменция после алкогольного делирия), иногда – нет (инфекционные заболевания головного мозга, эпилепсия с детства). У 63% пациентов данной группы отмечалась наследственная отягощенность по АЗ.

Темп прогрессивности АЗ в данной группе – среднепрогрессивный, средний возраст формирования ААС – 28 лет, что возможно связано с наличием в этой группе пациентов с умственной отсталостью, у которых доступ к алкогольным напиткам был все-таки затруднен. В структуре ААС преобладает неврологический компонент, проявляющийся цефалгиями, крупноразмашистым тремором, эпилептиформными припадками. Последних не было в структуре ААС у пациентов с шизофре-

нией, сочетающейся с истинной зависимостью. Интересно, что у пациентов с шизофренией по сравнению с «органиками» в структуре ААС преобладал не только психический компонент, но и сомато-вегетативный.

В исследуемой группе постоянный тип злоупотребления алкоголем (70,4%) значимо ($P < 0,05$) преобладал над периодическим типом (29,6%), что специфически выделяло эту группу пациентов. Также в 53% случаев диагностировались алкогольные психозы, что в 2 раза превышало число алкогольных психозов в группе больных шизофренией с истинной АЗ.

Мы также подробно исследовали вопросы, касающиеся терапии АЗ. Было установлено, что пациенты-органики с истинным характером зависимости предпринимали верифицированные попытки лечения в 53% случаев, причем больше 1 раза лечилось 43% пациентов. К психотерапевтическому лечению методом опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии прибегли всего 3 пациента, что значительно меньше, чем среди пациентов с шизофренией (11 человек). Стоит отметить тот факт, что у 18 (60%) пациентов-органиков диагностировалось снижение интеллекта различной степени выраженности. Мы также определяли насколько АЗ сказывается на течении сочетанного расстройства в плане ее влияния на психический, сомато-неврологический и социальный статусы пациентов.

В таблице 2 приведены данные, раскрывающие позиции «негативного» и «позитивного» влияния АЗ на течение сочетанного заболевания. Данные выражены в баллах. Каждому признаку того или иного регистра присваи-

вался 1 балл. Понятно, что один пациент мог характеризовать действие алкоголизации с различных позиций.

Анализируя данные таблицы 2, отметим, что позитивные аспекты интенсивной алкоголизации сказывались на статусе пациентов в значительно меньшей мере, чем негативные, даже в сравнении с больными шизофренией. Учитывая тот факт, что пациенты-органики выказывали стремление к лечению и использовали его (и часто неоднократно) даже чаще, чем страдающие шизофренией пациенты, можно предполагать, что чем тяжелее влияние истинной АЗ на вышеозначенные статусы, тем чаще пациенты и их родственники стремятся избавиться от зависимости, преимущественно используя стационарное фармакологическое лечение, и реже - амбулаторное психотерапевтическое. Безусловно, качество лечения и личностная вовлеченность оставляют желать лучшего. Только 4 человека из этой группы смогли добиться ремиссии зависимости больше 1 месяца. Однако, общая тенденция, где интенсивная алкоголизация не рассматривается в качестве совладающего или копингового фактора, присутствует.

Что касается группы больных с органическим поражением головного мозга, сочетающегося с симптоматической АЗ, то таких пациентов было 4 человека. Несмотря на разные психиатрические диагнозы, с наркологическими позициями всех их объединяло отсутствие оформленного ААС на фоне длительного постоянного (у 3; у 1 – периодический) типа злоупотребления алкоголем. ААС проявлялся психическим компонентом, а именно: появлением депрессии

Таблица 2 – Сравнительная характеристика действия интенсивного приема алкоголя в рамках истинной АЗ у пациентов с органическими поражениями головного мозга

Признаки	Позитивное действие алкоголизации (балл)	Негативное действие алкоголизации (балл)
Алкоголь «как лекарство» (поднимает настроение, успокаивает, способствует коммуникации и социализации).	7	
Повышает агрессивность		11
Провоцирует обострение и способствует госпитализации		8
Резко ухудшает соматический и неврологический статусы		7
Резко ухудшает социальный статус		3
Итого:	7	29

(1), тревоги и разнообразных фобий (агорафобия, «боюсь собственного тела») (2), появлением эйфории и повышением сексуального влечения (3). Трое пациентов своеобразным образом «использовали» эффект алкоголизации для патологической социализации (например, пациент С. пил каждый день с друзьями, живя в сгоревшей квартире); повышения настроения и поддержания гипоманиакального статуса, что позволяло, например, пациентке Л. длительное время обходиться без госпитализаций; а пациентке С. с диагнозом врожденного слабоумия в степени легкой дебильности алкоголизация служила для облегчения коммуникации и вступления в сексуальные отношения с разнообразными партнерами. Ни один из этих пациентов даже не задумывался об антиалкогольном лечении.

Таким образом, АЗ, сочетающаяся с органическими поражениями головного мозга, носит преимущественно истинный характер, имеет среднепрогредиентный темп течения и тяготеет к постоянному типу злоупотребления алкоголем. В ААС превалирует неврологический компонент, проявляющийся цефалгиями, крупноразмашистым тремором и судорожными припадками. Достаточно часто на фоне ААС возникают алкогольные психозы. Несмотря на среднепрогредиентный темп формирования основных симптомов зависимости, после этапа формирования ААС течение приобретает неблагоприятный характер и значительно сказывается на снижении психического (с формированием деменции), сомато-неврологического (очаговая симптоматика, острые нарушения мозгового кровообращения, вторичная эпилепсия) и социального (вовлеченность в ООД на фоне повышения агрессивности, потеря работы, семьи, невозможность оформить группу инвалидности и проч.) статусов. Многочисленные попытки фармакологического лечения зависимости не приводят к успеху (нет ремиссии свыше месяца), а возможности психотерапии не востребуются из-за интеллектуального снижения. Однако в редких случаях использования эмоционально-стрессовой психотерапии мы констатировали ремиссию в течении АЗ длительностью в 9 лет, 11 месяцев и 1 месяц.

Симптоматический вариант зависимости, сочетающейся с органической патологией мозга, редок, но отвечает всем закономерностям при эндоформном алкоголизме, а именно:

отсутствию сформированного ААС на фоне постоянного интенсивного употребления алкоголя, использованию алкоголизации в целях патологической адаптации и социализации.

Заключение

1. Истинная и симптоматическая АЗ, сочетаясь с психическими расстройствами неаддиктивной природы, имеют специфические клинические характеристики и определяют разную мотивацию для лечения.

2. Симптоматическая АЗ в структуре сочетанного заболевания утяжеляет проявления продуктивной симптоматики эндогенных и экзогенных психических расстройств, способствует патологической адаптации и социализации, что негативно сказывается на терапевтической мотивации.

3. Истинная АЗ, утяжеляя течение сочетанного расстройства и способствуя повышению агрессивности, аутоагрессивности и совершению ООД, вместе с тем обуславливает и повышение обращаемости за различными видами антиалкогольного лечения.

Литература

1. Гофман, А. Г. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клиническая картина и лечение) / А. Г. Гофман, К. Д. Малков, И. В. Шлемина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 23-27.
2. Чирко, В. В. О клинической типологии зависимости от психоактивных веществ у больных эндогенными психозами / В. В. Чирко, Э. С. Дроздов // Вопросы наркологии. – 2001. – № 5. – С. 40-43.
3. Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом / А. Г. Гофман [и др.] // Наркология. – 2003. – № 5. – С. 35-39.
4. Dixon, L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes / L. Dixon // Schizophr-Res. – 1999 Mar. – N 35. – P. 93-100.
5. Гофман, А. Г. К вопросу о сочетании алкоголизма и шизофрении / А. Г. Гофман, Е. С. Лошаков // Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1981. – С. 70-74.
6. Сравнительная характеристика пациентов с сочетанной психиатрической и наркологической патологией в контексте различных групп дис-

- пансерного наблюдения / Д. Н. Киселев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2011. – № 11, Вып. 2. – С. 61-65.
7. Лошаков, Е. С. Аффективные нарушения у больных шизотипическим расстройством (малопрогрессирующей шизофренией), сочетающимся с алкоголизмом / Е. С. Лошаков, И. В. Шлемина // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии : материалы рос. конф., Москва, 9-11 окт. 2007 г. – М., 2007. – С. 288.
 8. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия) / под ред. А. В. Погосова. – Курск : КГМУ, 2006. – 268 с.
 9. Чирко, В. В. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ / В. В. Чирко, Э. С. Дроздов // Руководство по наркологии. В 2 т. Т. 1 / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Медпрактика, 2002. – С. 385-408.
 10. Nunes, E. V. Treatment of Depression in Patients With Alcohol or Other Drug Dependence / E. V. Nunes, F. R. Levin // JAMA. – 2004 Apr. – Vol. 291, N 15. – P. 1887-1896.
 11. Алкогольная и наркотическая зависимость : практ. рук. для врачей / Г. М. Энтин [и др.]. – М. : Медпрактика-М, 2002. – 328 с.
 12. Characteristics of subgroups of individuals with psychotic illness and a comorbid substance use disorder / H. Miles [et al.] // Psychiatric Services. – 2003 Apr. – Vol. 54, N 4. – P. 554-561.
 13. Киселев, Д. Н. Наркологическая отягощенность как психологический фактор, влияющий на качество специализированной помощи пациентам с психическими расстройствами / Д. Н. Киселев, Д. И. Шустов, С. В. Игнатъев // Личность в современных исследованиях : материалы VIII междунар. науч.-практ. конф. – Рязань : Копи Принт, 2008. – Вып. 11. – С. 33-34.
 14. Чирко, В. В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами / В. В. Чирко. – М. : Медпрактика-М, 2002. – 167 с.
 15. Мирошниченко, Л. Д. Наркологический энциклопедический словарь. Ч. 1. Алкоголизм / Л. Д. Мирошниченко, В. Е. Пелипас ; под общ. ред. Н. Н. Иванца. – М. : Анахарсис, 2001. – 192 с.
 16. Малков, К. Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ними алкоголизма : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / К. Д. Малков. – М., 2001. – 255 с.
 17. Малков, К. Д. Особенности динамики непрерывнотекущей параноидной шизофрении, сочетанной с алкоголизмом / К. Д. Малков // Вопросы наркологии. – 2000. – № 3. – С. 44-50.
 18. Малков, К. Д. Особенности динамики шизофрении с эпизодическим течением / К. Д. Малков // Вопросы наркологии. – 2000. – № 4. – С. 33-42.

Поступила 03.10.2014 г.

Принята в печать 07.10.2014 г.

Сведения об авторах:

Шустов Д.И. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», Российская Федерация;

Киселев Д.Н. – врач-нарколог ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Российская Федерация;

Новиков С.А. – очный аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», Российская Федерация;

Зуйкова Н.Л. – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Российская Федерация.

Адрес для корреспонденции: Российская Федерация, 390028, г.Рязань, ул. Сельских строителей, д. 4«Г», кв. 261. Тел.раб.: (4912) 99-72-94, e-mail: novikovsa@inbox.ru – Новиков Сергей Андреевич.