

УДК 616

ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

© 2007 г. М.В. Овсянников

Komorbid interrelations were investigated on the basis of comparison of clinical characteristics of dependence at the basic stages of current of schizophrenia.

Азартные игры считались опасными с древних времён. Они обладают силой притяжения, и каждый человек, осознанно или неосознанно, стремится найти свою игру. Игра, как любая страсть, приводит человека к болезненному состоянию. Но иногда эту страсть к игре провоцирует другая болезнь.

В клинической практике значительное место занимают пациенты с патологической зависимостью от психоактивных веществ, нехимической зависимостью, страдающие осложненными вариантами психической патологии, когда алкоголизм, наркомания, токсикомания и гемблинг сочетаются с различными видами расстройств личности, депрессиями, органическими заболеваниями головного мозга, а также эндогенными процессуальными заболеваниями [1, 2]. Доля последних составляет, по различным оценкам, от 10 до 25 %.

Большинство клиницистов отмечают схожесть клинических проявлений при патологическом гемблинге (ПГ) и при зависимости от психоактивных веществ [3 – 5]. Клиническое описание синдромального ряда игромании весьма противоречиво. Однако современные авторы выделяют следующие основные клинические стадии и синдромы игромании: синдром зависимости, патологического влечения, отнятия, игрового транса, выигрыша, проигрыша, особенности деградации.

Нами были исследованы пациенты с «двойным диагнозом»: шизофренией и синдромом зависимости (химической и нехимической). По нашему мнению, зависимость является вторичным патологическим процессом у больных шизофренией. Формирование синдрома ЗПАВ происходит в определенном синдромальном диапазоне, ограниченном I–IV кругами (уровнями) (в понимании А.В. Снежневского) позитивных и III–VI негативных общепатологических расстройств.

Причиной формирования химической и нехимической зависимости являются непсихотические расстройства, в которых преобладает тревожно-депрессивная и психопотоподобная симптоматика. Выраженная психотическая симптоматика исключает длительное злоупотребление алкоголем и наркотиками. В вопросе природы патологического влечения к ПАВ и других аддитивных мотиваций преобладают три точки зрения [3, 6]. Согласно первой, болезненные влечения представляют собой обсессивно-компульсивный феномен, второй – аномальный психологический феномен, принадлежащий к сфере мотивационных расстройств, третьей – сверхценное образование. Все три точки зрения достаточно убедительны и имеют собственное логическое обоснование. Но, работая длительно в практической наркологии и наблюдая большое число пациентов, мы

полагаем, что феноменологически ведущий синдром химической зависимости (патологическое влечение) является доминантной сверхценной структурой, близкой к паранойяльной. Это в первую очередь определяется тем, что ПАВ и ПГ занимают доминирующие положение в системе субъективных ценностей больных, во многом определяя их поведение.

У больных шизофренией с гемблингом варьирующая напряженность сверхценного образования в основном определяется уровнем тяжести ведущего психопатологического синдрома и типом течения психоза.

Нами было исследовано 76 больных, которые страдали различными формами шизофрении, сочетавшейся с различными видами зависимости.

Критерием включения в исследование являлось верифицированное установление у больных двух диагнозов. Диагноз шизофрении устанавливался и верифицировался только на основании результатов изучения состояния больных в условиях психиатрического стационара в соответствии с диагностическими критериями, выделенными отечественной психиатрической классификацией А.В. Снежневского и А.С. Тиганова (таблица).

В исследовании все пациенты оказались в поле зрения психитров-наркологов, так как во всех случаях выявлялась развернутая клиническая картина зависимости. В подавляющем большинстве пациенты (34 чел.) страдали алкоголизмом, 26 – патологическим гемблингом и 16 – наркоманией. У 36 чел. (26 мужчин и 10 женщин) «первичное» формирование аддикции предшествовало манифестации вялотекущего процесса с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой.

Зависимость, сформированная до манифестации шизофрении

Манифестация шизофрении	76 чел.	Мужчины	Женщины
F-21.3-F-21.4 неврозоподобная, психопатоподобная SCH	36 Алк. – 24 Нарк. – 6 ПГ – 6	26	10
F-25 шизоаффективный психоз	31 Алк. – 8 Нарк. – 4 ПГ – 19	27	4
F-20.00 параноидная SCH	9 Алк. – 2 Нарк. – 6 ПГ – 1	9	–

Химическая зависимость начиналась в виде наркоманий у 6 наблюдаемых, у 24 – как алкоголизм, у 6 – как патологический гемблинг. Диагностика этой разновидности шизофрении была достаточно трудной в связи с частым появлением очерченных аутохтонных аффективных фаз с колебаниями аффекта как в сторону атипичной гипомании, так и в сторону субдепрессии, что свойственно поздним этапам эволюции вялотекущего процесса и рекуррентным вариантам шизофрении.

Шизоаффективный тип течения шизофрении с манифестом после формирования аддиктивной болезни наблюдался у 31 пациента: у 4 из них зависимость дебютировала как наркомания, у 8 – как алкоголизм, у 19 – игромания.

Манифестация шизофрении в форме параноидной, приступообразно-прогредиентно текущей, произошла у 9 больных: у 6 из них ЗПАВ дебютировала как наркомания, у 2 – как алкоголизм, у 1 – как патологический гемблинг.

Анализ анамнеза у больных этой группы убедительно свидетельствует о перенесенных ими до манифеста заметных, достаточно продолжительных аффективных колебаний, более ранних по времени, чем наркотический, алкогольный или игровой опыт.

Эти инициальные психопатологические расстройства расцениваются нами как атипичные неразвернутые шизофренические шубы.

Таким образом, шизофренический процесс фактически развивается раньше, чем наркомания, алкоголизм или ПГ, часто пропускается его манифестация. Массивная наркотическая или алкогольная интоксикация провоцирует развитие очередных приступов, синдромально более сложных, чем инициальные.

Существует ряд признаков, характеризующих ПГ как психическую зависимость. К ним относятся:

1. Симптом потери контроля – неспособность прекратить игру как после выигрыша, так и после проигрыша.

2. Рост толерантности – увеличение времени, частоты участия в игре, что сопровождается постоянным повышением степени «риска».

3. Навязчивость – постоянно возникающие яркие образы игровых ситуаций, проигрывание в голове «выигрышных комбинаций».

4. Отсутствие критики к своему состоянию.

5. «Сверхценное желание поиграть», характеризующееся своеобразными аффективными расстройствами, которые возникают после короткого перерыва в игре.

В компульсивном влечении выделяются следующие составляющие: вегетативная (оживление, покраснение или бледность лица, блеск глаз дисбаланс СНС и ПНС, возникающий при упоминании игры); эмоциональная (дисфорические проявления недовольства, взрывчатости, тоскливости, безразличия к окружающим); идеаторная (мысли об игре, убеждение больных, оправдывающих азартную игру, рассматриваются нами как вариант анозогнозии); поведенческий (изменение форм поведения – стремление играть в одиночку, скрытность интересов, враждебность к родственникам, уклонение от лечения, изменение мотивации на игру).

Стремление к удовольствию от игры относится к разряду аномальных психологических установок, поэтому при решении вопросов терапии в комплексном подходе, наиболее перспективной представляется разработка психологических подходов, способных оказать влияние на деформированную иерархию ценностей у лиц, страдающих аддиктивными расстройствами.

Таким образом, при терапии коморбидной патологии (аддиктивные расстройства у больных шизофренией) следует учитывать не только клинические проявления основного заболевания, но и психологические составляющие ПГ.

Литература

1. Чирко В.В. Сочетание хронического алкоголизма и наркоманий с различными формами психических расстройств: Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М., 1995. С. 97–105.
2. Альтигулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. М., 1994.
3. Овсянников М. В., Масловский С.Л., Милютин Н.П. // Изв. вузов. Сев.-Кавк. регион. Естеств. науки. 2004. № 5 (17). С. 42–46.
4. Тукаев Р.Д. // Гемблинг: клинические варианты и подходы к психотерапии. М., 2006.
5. Солдаткин В.А. // Клиническая картина патологического гемблинга. Ростов н/Д, 2006.
6. Сиволоп Ю.П. // О психопатологической принадлежности аддиктивных влечений. М., 2006.