

УДК 616

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

© 2006 г. М.В. Овсянников

Main types of addition behavior course in the way of schizophrenia.

Своеобразие синдромального спектра и эволюции химической зависимости у больных шизофренией в первую очередь определяется характером течения эндогенного патологического процесса. Первостепенное значение при этом имеет его синдромологическое содержание и особенности развития.

Если рассмотреть весь длинный, континуум совместного существования обеих патологических единиц, можно обнаружить достаточно четкие и устойчивые варианты или констелляции структурно-динамических взаимосвязей, которые выстраиваются за счет таких базовых факторов:

- активность эндогенного патологического процесса;
- синдромальный спектр эндогенного психоза;
- тип течения эндогенного процессуального заболевания;
- этап течения эндогенного процессуального заболевания.

Число таких устойчивых системных организаций внутри эндогенных психозов оказалось невелико, и каждой из них присущ свой особый вариант появления и патопластического оформления осевых наркологических синдромов.

Содержание динамических взаимосвязей всех указанных структурно-синдромальных составляющих определило два основных типа развития и течения аддиктивного процесса у больных эндогенным психозом.

Первый тип течения аддиктивного процесса обусловил устойчивая констелляция таких составляющих: периодическое течение эндогенного психоза; преобладание аффективных расстройств в его синдромальном спектре; возникновение патологического влечения в период приступов или фаз и затухание вне их; эндоформный паттерн злоупотребления психоактивными веществами; редуцированность абстинентной симптоматики.

Второй тип течения определило сочетание структурно-динамических детерминант: приступообразно-прогредиентное течение или стационарное состояние эндогенного психоза; полиморфная субпсихотическая продуктивная или неглубокая негативная симптоматика в его синдромальном спектре; возникновение патологического влечения вне приступов и затухание во время эксацербаций; экзоформный паттерн злоупотребления психоактивными веществами; значительная тяжесть абстинентной симптоматики.

При этом внутри каждого типа течения можно было отметить различия в активности движения патологического процесса. В соответствии с особенностями эволюции психоза острота аддиктивной симптоматики могла либо длительно сохраняться, либо критически или постепенно затухать.

Основываясь на этих клинических данных, первый

тип течения мы условно обозначили как *гомономный* (т. е. развивающийся по одному и тому же закону, от греческих «гомос» – одинаковый + «номос» – закон) а второй как *гетерономный* (развивающийся по различным законам).

Первый тип течения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ)

Ранее подобная специфика сочетанной патологии описывалась как пример «вторичного симптоматического» алкоголизма [1]. В этих случаях периоды злоупотребления алкоголем выражали собой фазы обострения эндогенного процесса, являлись его основным симптомом, по существу единственным внешним проявлением. Тогда, когда фаза обострения психоза сменялась ремиссией, злоупотребление спонтанно прекращалось.

Всего среди исследованных нами больных этот тип течения был отмечен у 75 (45 мужчин и 30 женщин) человек.

Из них у 16 (10 юношей и 6 девушек) зависимость от ПАВ развивалась в периоды протрагированных гебоидных приступов. Преимущественный прием наркотиков и психоделических средств в начале болезни осуществляло большинство – 8 юношей и все 6 девушек; преимущественный прием алкоголя – только 2 юношей. В последующем почти у всех прием становился смешанным – без какого-то определенно-го предпочтительного средства.

У 31 больного (18 мужчин и 13 женщин) зависимость от наркотиков или/и алкоголя развивалась в периоды аутохтонных аффективных фаз при вялотекущей шизофрении. Вначале и здесь преобладал прием наркотиков, однако чередование и комбинации различных ПАВ наступало довольно быстро, что затрудняло проведение какого-то строгого разграничения больных по видам субстанций.

У 28 (17 мужчин и 11 женщин) больных зависимость развивалась при периодической шизофрении с шизоаффективным типом течения. Основным видом ПАВ здесь был алкоголь. Алкогольная зависимость была присуща всем мужчинам и женщинам среднего возраста. У женщин инволюционного возраста учащались случаи формирования токсикоманий, вызванных транквилизаторами бензодиазепинового и пропандиолового ряда, снотворными и анальгетиками.

При развитии зависимости ПАВ в периоды протрагированных гебоидных приступов дебюты обоих патологических процессов разворачивались практически одновременно. Наркотические и алкогольные эксцессы изначально выступали как неотъемлемый компонент в общей картине тяжелых поведенческих расстройств.

Дозы принимаемых наркотиков и других одурманивающих средств, вызывающих зависимость, с самого начала достоверно превышали «типичные средние», свойственные больным наркоманией аналогичного возраста из группы сравнения (в среднем $2,2 \pm 1,1$ в сутки против $1,5 \pm 0,8$ в группе сравнения; $p < 0,01$). Спектр непосредственных психофизических эффектов (картины наркотического одурманивания) также быстро обнаруживал «универсализацию» и разделение основных акцентов либо в сторону атипичного гипоманиакального возбуждения, либо – грубого оглушения («garbage head» американских авторов). Патологическое влечение приобретало сверхценный характер, сливалось с личностью больных, преподносилось как некая «жизненная концепция» индивидуума с системой примитивных псевдофилософско-резонерских обоснований. Его высокая мощь и постоянство обуславливали массивный постоянный прием ПАВ на протяжении всего периода приступа, продолжавшегося иногда до 2–3 лет. Перерывы в приеме были лишь вынужденными. Антинаркотическое и антиалкогольное лечение на этом этапе эффекта практически не достигало. С окончанием протрагированного гебоидного приступа угасала и мощь патологического влечения. Вследствие этого заметно снижалось количество потребляемых ПАВ, происходил переход на прием алкоголя, либо на более «легкие» наркотики (отказ от героина в пользу дериватов опия-сырца). Если происходило значительное нарастание тяжести негативных расстройств, патологическое влечение полностью затухало.

При развитии ЗПАВ в периоды аутохтонных приступов (фаз) дебюту аддикции предшествовали 1–2, а иногда и более таких аффективных приступов. Паттерн приема наркотиков и алкоголя в этих случаях также был эндоформным. Патопластика стержневых синдромов зависимости – аналогичной. Отличием от проявлений ЗПАВ в протрагированных гебоидных приступах была лишь продолжительность эксцессов. Она ограничивалась неделями, реже – несколькими месяцами в отличие от гебоидных, продолжавшихся иногда и годами.

В длиннике многолетнего течения эндогенного психоза неизменно наступало снижение активности патологического процесса.

Многими отечественными и зарубежными психиатрами (А.Г. Амбрумова, 1963; Л.М. Шмаонова, 1966; И.Г. Левит, 1968; Н.Б. Цветкова, 1974; А.В. Медведев, 1979; Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцельковская, Б.С. Беляев, 1986; А.Р. Noyes, L.C. Kolb, 1963; P. Lambert, M. Midinet, 1972; G. Nissen, 1971; J. Angst, 1973) было отмечено, что шизофрения прогрессирует до определенной степени поражения, после чего симптоматика остается относительно стационарной или даже происходит уменьшение типичных шизофренических проявлений.

Материалы длительных катамнезов позволили Г. Хуберу (1975; 1977) [2] выдвинуть концепцию позитивного перелома в течении психозов. Он считает, что этот позитивный перелом наступает в большей части случаев хронической стойкой шизофрении во втором и третьем её десятилетии. В этих случаях может наблюдаться различная степень редукции основ-

ных синдромов и даже полная ремиссия с улучшением социальной адаптации больных.

Обратимость ведущих продуктивных шизофренических симптомов в процессе длительного течения психоза бесспорно доказали А.В. Снежневский, А.К. Ануфриев, А.Н. Молохов, Р.А. Наджаров и др. [3–5].

Подобное снижение общей активности эндогенного патологического процесса не могло не сказаться и на клинических проявлениях развившейся на его фоне наркотической или алкогольной зависимости.

У многих больных снижение остроты симптоматики в рамках аутохтонных приступов на отдаленных этапах течения вялотекущей шизофрении сопровождалось и значительным сокращением длительности алкогольных и наркотических эксцессов, снижением доз принимавшихся субстанций, равно как и общим снижением остроты патологического влечения. Но вместе с тем учащение возникновения таких фаз в сторону континуума иногда сокращало продолжительность периодов воздержания от ПАВ.

Тенденции к затуханию патологического влечения и различная степень регресса аддиктивной симптоматики в процессе катамнестических наблюдений отмечены нами почти у одной трети больных этой категории – 24 (32 %) из основной группы и 12 (24 %) из группы сравнения.

У большей же части больных как из основной (51, или 68 %), так и из группы сравнения (38, или 76 %) активность аддиктивной симптоматики за период наблюдений заметного снижения не претерпела.

На этом основании мы условно выделили в рамках первого (гомономного) типа течения аддикции «активный» и «регрессирующий» варианты.

Указанные клинические феномены еще раз иллюстрируют тесное переплетение основной психотической и вторичной аддиктивной симптоматики и подтверждают правомерность обозначения данного типа течения ЗПАВ как гомономного.

Второй (гетерономный) тип течения зависимости от психоактивных веществ

Второй тип течения аддикции отмечен нами у 150 исследованных больных (66,7 % от общего числа). Среди них мужчин 135, женщин – 15 (90 и 10 % соответственно). Среди больных с этим вариантом течения зависимости мужчин было большинство, а среди больных шизофренией с гомономным типом течения зависимости больше женщин.

По формам и типам течения эндогенного процесса больные распределились следующим образом.

У 58 больных (54 мужчины и 4 женщины, или 93,1 и 6,9 %) имела место параноидная шизофрения с типичным приступообразно-прогредиентным течением.

44 больных (37 мужчин и 7 женщин, или 72,4 и 9,7 % от общего числа пациентов подгруппы соответственно) обнаруживали шизоаффективный тип течения психоза.

У 48 (44 мужчин и 4 женщины, или 55,7 и 5,1 % от общего числа больных подгруппы соответственно) наблюдалась вялотекущая с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой.

Клиническая картина межприступных периодов включала диапазон наиболее легких расстройств: невротизированных и психопатоподобных проявлений (астенических, субдепрессивных, обсессивно-фобических, атипичных гипоманиакальных). На их фоне можно было отметить рудиментарные идеи отношения, ипохондрические включения, нестойкие навязчивости фобического содержания с малой эмоциональной насыщенностью. Именно на их фоне и происходило начало массивного приема алкоголя, наркотиков и других средств, вызывающих патологическое пристрастие.

Своеобразие паттернов приема ПАВ в большей степени относилось к количественной стороне потребления. Прием алкоголя, наркотиков и других ПАВ был массивным, в значительных дозах, осуществлялся в виде постоянного или перемежающегося типов. Нередко имел место сочетанный или перемежающийся прием различных ПАВ: наркотиков с алкоголем, с транквилизаторами. «Банальные» псевдозапой были редки. Часто практиковалось применение наркотиков и транквилизаторов для купирования тяжелых абстинентных нарушений.

Абстинентный синдром отличался значительной тяжестью. При этом состояния лишения оказывались «универсальными»: клинические картины лишения и опиатов, и стимуляторов, и алкоголя были практически однотипными. Вегетативные компоненты были стертыми. Соматические нарушения выражались в очень тяжелой астении. На передний план в клинической картине лишения выступала психопатологическая симптоматика в виде витальных компонентов в тревожно-депрессивном аффекте манифестного периода лишения. Глубина тревожного аффекта зачастую приближалась к состояниям раптусса. В развернутом периоде абстинентного синдрома наблюдались транзиторные психотические эпизоды, протекающие по экзогенному типу, а также параноидные картины. Течение абстинентного синдрома отличалось циклическим, волнообразным, с очерченными фазами обострения и затухания симптоматики и протрагированным характером. Резидуальный период абстинентного синдрома был представлен астено-депрессивными, депрессивно-адинамическим и диссомническими нарушениями.

Последующие приступы, характеризовавшиеся усложнением синдромальной структуры шубов с появлением развернутой галлюцинаторно-параноидной симптоматики, психических автоматизмов, все более нарастающей тревоги, оставляли после себя уже более грубые изменения личности. Заметно падала активность, нарастала замкнутость и эмоциональная бедность.

Происходящее по мере прогрессивного течения шизофрении утяжеление позитивной и негативной психопатологической симптоматики имело прямое влияние на отношение больных к психоактивным веществам. Патологическое влечение к алкоголю, наркотикам и другим средствам, вызывающим зависимость, по мере такого утяжеления неуклонно ослабевало.

Стационарное постпсихотическое состояние, служившее почвой для развития аддикции, клинически характеризовалось как неглубокий астенический или

психопатоподобный дефект. Злоупотребление наркотиками, алкоголем, различными психотропными препаратами у этих больных носило компенсаторный характер. С их помощью больные старались избавиться от субъективно тягостных ощущений внутренней скованности, несвободы в мыслях и поступках, подавленного настроения, неуверенности.

Паттерны приема наркотиков, алкоголя и других ПАВ, феноменологическое содержание и динамика синдрома патологического влечения и патопластического оформления абстинентного синдрома не имели каких-либо кардинальных различий с таковыми, имевшими место у больных в межприступные периоды шизофрении.

Терапевтически обусловленное или спонтанное завершение стадии активного течения шизофренического процесса несколько сглаживало психопатоподобную симптоматику. В психическом состоянии на передний план выступали отчетливые признаки задержки созревания личности – инфантилизма, эмоциональное обеднение, на фоне которых реже, чем прежде, возникали вспышки раздражения, брутальность, агрессивность, грубые истероформные разряды. По мере спада активности патологического эндогенного процесса несколько угасала и мощь патологического влечения к ПАВ, что клинически выражалось в снижении доз потребляемых наркотиков и/или алкоголя, сужении их арсенала, появлении периодов воздержания. Тем самым клиническая картина зависимости определенным образом сближалась с проявлениями неосложненных форм зависимости. Особенно наглядно это отмечалось при алкоголизме: прием алкоголя происходил у таких больных в виде «банальных» псевдозапоев на фоне сниженной толерантности [6].

Однако в большинстве случаев стабилизация негативной симптоматики как бы выдвигала алкоголизм на передний план. У таких больных все более заметными становились признаки деградации личности по психоорганическому типу.

Таким образом, содержание взаимосвязей всех указанных структурно-синдромальных и динамических составляющих определяет два основных типа развития и течения аддиктивного процесса у больных шизофренией.

Первый тип течения аддикции характеризуется тем, что она выступает в качестве отдельного изолированного синдрома в общей цепочке развития психической болезни (иногда даже маскируя собой патогномичную эндогенную симптоматику), и собственную структурно-динамическую специфику во многом утрачивает. Этот тип зависимости развивается на фоне периодически текущего процесса. Экспессы возникают во время обострений, а в периоды ремиссий отсутствуют; при этом даже может наблюдаться «умеренное» или «контролируемое» потребление алкоголя. Экспессы характеризуются гораздо большей продолжительностью, чем при «банальной» зависимости, более значительным количеством потребляемых ПАВ с «безудержным» влечением, очень ранним возрастом подобных экспессов. Удельный вес сомато-вегетативных компонентов в структуре абстинентного синдрома и общая его тяжесть незначительны.

Второй тип течения аддикции характеризуется тем, что, возникнув на фоне психического заболевания, в последующем она как бы отрывается от симптоматики психоза и развивается в соответствии со своими внутренними закономерностями, преимущественно на фоне относительно благоприятного непрерывного, почти стационарного течения шизофрении или на фоне неглубокого психопатоподобного дефекта. Синдромальный спектр психоза исчерпывается в основном неврозоподобными, астеническими, субдепрессивными, атипичными гипоманиакальными, психопатоподобными, деперсонализационными, сенестопатическими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами (I–III круги продуктивных психопатологических синдромов по А.В. Снежневскому). Галлюцинаторные и бредовые переживания отрывочны и рудиментарны.

Структурно-динамическая специфика стержневых синдромов аддикции в значительной мере сохраняется. Течение такого варианта аддикции высокопрогрес-

сивное, психоорганические проявления личностного регресса выступают на передний план, заслоняя симптомы психического заболевания.

Литература

1. Шумский Н.Г. // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М., 1983.
2. Хубер Г. // Журн. невр. и психиат. им. Корсакова. 1975. Т. 75. № 9. С. 1368–1374.
3. Анохина И.П. // Журн. фармакологии и токсикологии. 1990. Т. 53. № 4. С. 4–9.
4. Молохов А.Н. // Актуальные вопр. психиатрии и невропатологии: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. Т. 1. М., 1983.
5. Снежневский А.В. // Журн. невропатол. и психол. им. Корсакова. 1975. Т. 75. № 9. С. 1340–1345.
6. Lehman A.F., Myers C.P. // Hosp. Comm. Psychiatr. 1989. Vol. 40. № 10. С. 1019–1030.
7. Nissen G. // La dépression masquée / P.Kielholz (ed.) Symposium Inter., St. Moriz, 1973. Paris, 1973. P. 133–142.
8. Angst J. // Masked Depression. Stuttgart. New-York. 1973. P. 269–274.