цвет (38,8%), в то время, как синий выбирался гораздо реже (14,9%).

Пациенты с сахарным диабетом отрицательно относились к обследованию (54,9%). По усредненным показателям ММИЛ наблюдаются аффективно-личностные изменения. Отмечается заострение особенностей характера индивидуума (тревожно-мнительные черты в сочетании с прямолинейностью, обязательностью, принципиальностью и ригидностью психики). У 100% больных была астеническая симптоматика, которая по мере утяжеления заболевания и нарастания органической симптоматики психосиндрома более отчетливо трансформируется в астено-вегетативную (21,6%), астено-депрессивную (17,6%), астено-ипохондрическую (11,8%), тревожно-депрессивную (9,8%) и депрессивную (7,8%). У наших больных отмечаются многообразные психопатологические синдромы, которые имеют волнообразное течение. По тесту Спилберга у обследованных отмечается тенденция к соматизации тревоги средний уровень личностной тревоги (54,9%; $P < 0,01$) и в примерно одинаковых показателях уровни ситуационной тревоги. По тесту Люшера 74,5% больных с сахарным диабетом предпочитали синий цвет и отвергали желтый и красный, что вероятно, отражает подавление и вытеснение субъективно нежелательных для них аффектов.

Обследованные лица с последствиями черепно-мозговых травм демонстрировали положительное эмоциональное состояние при осмотре (68,0%; $P < 0,001$). По шкалам ММИЛ наблюдается подъем на противоположных шкалах девятой шкале (гипомании) (38,0%) в сочетании со второй (депрессии) (48,0%). Депрессивные состояния наблюдаются реже (28,0%), чем эмоционально неустойчивые (50,0%). Преобладают больные с возбудимыми (50,0%) и истерическими особенностями личности (46,0%). У больных с черепно-мозговыми травмами по шкале Спилберга достоверно ($P < 0,01$) преобладали низкие уровни ситуационной (50,0%) и личностной (66,0%) тревожности. При выполнении заданий по тесту Люшера пациенты продемонстрировали «цветовой отказ», они, прежде всего, отказывались от выбора самых ярких цветов – желтого и красного, что является показателем сверхраздражимости и перевозбуждения, невозможности переносить длительное эмоциональное напряжение, предпочитая фиолетовый и синий.

Анализируя полученные данные экспериментально-психологического исследования у пациентов с психосенсорными расстройствами преобладал высокий уровень тревоги (по данным цветового теста Люшера (48,6%) и шкалы Спилберга 47,1% высокий уровень ситуационной тревожности). Достоверно чаще высокий уровень личностной (47,3%; $P < 0,05$) и ситуационной (74,6%; $P < 0,01$) тревоги отмечался у об-

следованных лиц с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения. У пациентов с последствиями черепно-мозговых травм наблюдалось достоверно преобладающим ($P < 0,01$) сочетание низкого уровня ситуационной (реактивной) (50,0%) и личностной (66,0%) тревожности. Среди обследованных лиц с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения у 80,0% наблюдались потеря самоидентичности, чувства "Я", различные нарушения в восприятии образа тела. Наибольший дефект (65,5%) наблюдался при целостном объемном восприятии образа тела. У больных из данной группы встречались следующие личностные профили: ипохондричность, депрессивные тенденции, истерический компонент (69,1%) в сочетании с повышением уровня тревоги (47,2%).

Таким образом, полученные результаты исследования больных могут способствовать созданию методических рекомендаций дифференциальных лечебно-реабилитационных программ, учитывающих их индивидуально-личностные особенности.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА НА КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

З.Г. Тажиева

Тюменская ОКПБ

Алкоголизм довольно часто сочетается с другими психическими заболеваниями. По некоторым данным, показатель коморбидности достигает 78%. С алкоголизмом сочетаются психопатии, неврозы, депрессии, шизофрения, органические заболевания головного мозга и др. Психопатии формируются до начала алкоголизма почти всегда, шизофрения – в 60% случаев, неврозы – в 45-60%. В остальных случаях коморбидности эти заболевания возникают на фоне алкоголизма.

При очень большом разбросе показателей, отражающих распространенность шизофрении среди больных алкоголизмом и алкоголизма среди больных шизофренией, чаще всего то и другое определяется примерно в 10% случаев. По вопросу о влиянии этих двух заболеваний друг на друга, имеются противоположные разногласия: утверждается, что состояние больного больше напоминает шизофрению, чем алкоголизм, и наоборот.

Существует два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении. Первый из них связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. Имеется достаточное число наблюдений, свидетельствующих о том, что «продуктивная» симптоматика алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром) оказывается в

значительной степени стертой. Это выражается в отсутствии «напора» в проявлениях влечения: нет предприимчивости, изобретательности, аргументации, эмоциональной заряженности, сопротивления терапии, активных поисков спиртного. Больные пассивно подчиняются режиму, сохраняют ровное настроение, невозмутимо отрицают желание выпить. То же относится и к абстинентному синдрому, который ограничивается астеническими, апатическими, субдепрессивными и ипохондрическими расстройствами, иногда с признаками беспокойства и тревоги, но без назойливости, жалоб и просьб. «Негативная» же симптоматика алкоголизма (алкогольная деградация), наоборот, развивается очень быстро, приобретая черты опущенности, тупого безразличия к судьбе и к окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к немедленному возобновлению пьянства при первой возможности и малейшем поводе.

Течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, поскольку оно характеризуется малой курабельностью и крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий. Это впечатление усиливается особенностями алкогольного опьянения: в его картине – параноидность, импульсивные поступки, стереотипии, дурашливость и другие формы нелепого поведения, что вызывает негативную реакцию окружающих и ускоряет повторную госпитализацию. С другой стороны, нередко наблюдаются спонтанные длительные ремиссии алкоголизма у больных шизофренией, что совпадает либо с обострением галлюцинаторно-параноидных расстройств, либо с развитием глубокого шизофренического дефекта.

Второй аспект проблемы – это влияние алкоголизма на шизофрению. Это противоположно вышеуказанному. При всех формах шизофрении алкоголизм вызывает усиление, обострение и оживление галлюцинаторно-бредовых расстройств, ускоряет рецидивирование болезни, учащает стационарирование больных. Психопатологические нарушения нередко приобретают атипичный для шизофрении характер: конкретность, предметность, появляются физический оттенок синдрома Кандинского-Клерамбо, истинный вербальный галлюциноз, зрительные галлюцинации, делириозные переживания.

Отмечается смягчение, «размывание» шизофренического дефекта за счет большей общительности, живости, активности, откликаемости пациентов, что больным шизофренией, не сочетающейся с алкоголизмом, несвойственно. Впервые описавший такие особенности психического дефекта при сочетании шизофрении с алкоголизмом швейцарский психиатр Graeter (1909) объяснил их простым сложением противоположных изменений в эмоционально-волевой сфере, свойственных этим двум заболеваниям.

Крепелин (1927) связал их с обилием социальных контактов, которые характерны для алкоголизма и препятствуют шизофренической аутизации. Жислин (1965) отмечал, что при наличии алкоголизма у больных шизофренией не обнаруживаются не только эмоционально-волевые признаки шизофренического дефекта, но и соответствующие им специфические нарушения мышления, а это говорит о качественных изменениях патогенетического механизма.

К вторичному алкоголизму следует относить злоупотребление алкоголем как симптом, связанный с определенной фазой заболевания, например, больной пьет, чтобы подавить депрессию, устранить чувство внутреннего напряжения, тревоги, страха, освободиться от идей преследования, отношения. Вторичный алкоголизм может также являться следствием дисфорических, гипоманиакальных состояний. Формы потребления алкоголя при вторичном симптоматическом алкоголизме существенно отличается от таковых при первичном алкоголизме. Алкогольные эксцессы непосредственно связаны с обострением симптоматики основного заболевания. В периоды ремиссии первичное патологическое влечение к алкоголю может отсутствовать, более того, возможно «умеренное» употребление спиртных напитков с сохранением количественного и ситуационного контроля.

В ряде случаев вторичного алкоголизма симптоматика основного психического заболевания стерта, соответствует состоянию ремиссии, но становится «пусковым механизмом» тяжелых алкогольных эксцессов с компульсивным влечением к алкоголю, утратой количественного и ситуационного контроля, тяжелым опьянением, антисоциальным поведением в опьянении, похмельным синдромом, крайне злокачественными формами пьянства. Алкоголизм часто формируется у больных вялотекущей и приступообразно-прогредиентной шизофренией без глубокого дефекта, реже, при рекуррентной и параноидной шизофрении, главным образом на инициальном этапе заболевания. При глубоком дефекте, слабоумии алкоголизм не развивается. При сочетании алкоголизма с эндогенными формами депрессий, в частности, с циклическими депрессивными состояниями – запойное пьянство носит тип «истинной дипсомании». Приступ начинается внезапно с тоски, тревоги, раздражительности, сопровождается непреодолимым влечением к алкоголю. В первые дни запоя больные поглощают огромные количества алкоголя (до 2 литров водки), употребляют суррогаты, ничего не едят. С 4-5 дня запоя толерантность к алкоголю снижается, но запой длится иногда до 2-х недель и более, заканчивается резкой слабостью, общим тяжелым состоянием. В межзапойный период (иногда до нескольких

месяцев) больные также испытывают отвращение к алкоголю.

При проведении анализа случаев повторных экспертиз в одной из клиник, было показано, что среди диагностических расхождений значительное место занимает случаи нераспознавания некоторых психических состояний, возникающих на фоне алкоголизма. Проводился анализ клинических расхождений за 3 года, обнаружили, что диагноз хронический алкоголизм заменен на диагноз шизофрения в 17 случаях, алкогольные психозы – в 15. В наблюдениях выяснилось, что шизофренический процесс, первоначально диагностированный как хронический алкоголизм, протекал в основном непрерывно-прогредиентно, однако течение в некоторых случаях носило вяло-прогредиентный характер, поэтому алкогольные изменения психики затрудняли выявления дефицитарной симптоматики. В других случаях заболевание характеризовалось более злокачественным течением, при которых психические состояния в силу их алкогольной окраски внешне импонировали как алкогольные психотические эпизоды. В одной группе больных заболевание начиналось со сдвига в пубертатном возрасте с постепенным нарастанием изменений личности, появляясь в основном психопатоподобными иневрозоподобными нарушениями. У больных в продромальном периоде заболевания нередко наблюдались аффективные расстройства, чаще субдепрессивного характера, и они начинали прибегать к алкоголю, чтобы «заглушить тоску, избавиться от чувства неуверенности», т.е. Алкогольная интоксикация была вторичной и возникала на фоне личностных изменений. Отдельные психотические эпизоды у больных характеризовались стертой и фрагментарностью психопатологических нарушений, с наличием в клинической картине симптомов, отражающих алкогольную интоксикацию. При ретроспективной оценке этих состояний можно отметить, что течение экзогенно окрашенных психозов было затяжным, симптоматика носила шизофреноподобный характер. Повторное обследование, несмотря на вялое течение болезни и бедность продуктивной психопатологической симптоматики, выявляет характерные для шизофренического процесса изменения мышления, эмоциональной сферы (парадоксальность, неадекватность, оскуднение) и критических способностей.

У других больных течение основного заболевания носит более злокачественный непрерывно-прогредиентный характер, по форме приближаясь к параноидной. Заболевание нередко начинается в пубертате, но в отличие от первой группы больных, сопровождается быстрым нарастанием изменений личности. На фоне личностных изменений отмечалось периодическое обострение состояния, спровоцированное прие-

мом алкоголя. Такие психотические состояния характеризуются обилием психопатологической симптоматики и помимо симптомов, происхождение которых свидетельствуют о наличии алкогольной интоксикации (быстрота начала, наличие страхов, тревоги, зрительных галлюцинаций), сопровождались обонятельными галлюцинациями, бредовыми идеями отравления, отношения, воздействия, компонентами синдрома Кандинского. Больные амбивалентны, негативистичны, злобны, агрессивны и часто выписываются из стационара без достаточной критики к перенесенному заболеванию, продолжая вести себя не совсем правильно. Родственники больных сообщают, что и в состоянии опьянения они вели себя странно, нелепо, разговаривали сами с собой, говорили о космосе, мировой войне, делали многозначительные намеки.

Лечение больных в сочетании эндогенного заболевания с алкоголизмом представляет трудную задачу. Его максимальной целью является максимальная стабилизация психического состояния с помощью психофармакологических препаратов и детоксикации с последующей реабилитацией и ресоциализацией. Возможности психотерапии здесь ограничены в силу противопоказаний к применению ряда методик (гипноз, межличностно-конфронтационные подходы) и низкой эффективности. Кроме того, при достижении ремиссии эндогенного заболевания, возможно и наступление ремиссии алкоголизма.

ОСОБЕННОСТИ «НАРКОЛОГИЧЕСКОГО» АНАМНЕЗА У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

М.С. Уманский, С.М. Уманский, П.Б. Зотов

Тюменский ОНД
Тюменская ГМА

Разработка эффективных мер профилактики и коррекции отдельных форм алкоголизма является одной из важнейших задач наркологической службы. Одним из возможных направлений данной работы представляется интересным определение особенностей «наркологического» анамнеза, что может способствовать выявлению факторов риска, оказывающих потенцирующее влияние на формирование алкогольной зависимости.

Цель исследования: анализ особенностей «наркологического» анамнеза у мужчин, страдающих алкоголизмом позднего возраста.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 324 больных алкоголизмом, состоящих на учете и получающих лечение в ГЛПУ ТО «Тюменский областной наркологический диспансер» в период с 2000 по