

Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией

КРАСИЛЬНИКОВ Г.Т.

ДРЕСВЯННИКОВ В.Л.
БОХАН Н.А.

д.м.н., профессор, зав. каф. психиатрии и наркологии ФУВ
Новосибирской государственной медицинской академии

д.м.н., гл. врач Новосибирской психиатрической больницы специализированного типа
академик РАЕН, д.м.н., профессор, зам. по науч. р-те дир.
НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН

Аддиктивные расстройства часто сочетаются с психическими формами патологии, среди которых важное место занимает шизофрения. Заболевание шизофренией вызывает у больных предрасположенность к формированию аддиктивного поведения. Среди больных шизофренией встречаются все виды аддикций, которые наблюдаются у лиц без психических заболеваний, но наиболее распространенными являются алкогольная, никотиновая, сексуальная и художественно-графоманическая формы аддикций. Коморбидные аддиктивные расстройства вступают в неоднозначные соотношения и взаимодействия с шизофреническими процессуальными нарушениями, что привносит атипичность в клинические проявления этих сочетанных форм патологии и усложняет их лечебно-реабилитационную коррекцию.

Для современной наркологической клиники характерными являются продолжающиеся дифференциация и патоморфоз клинических форм, а также возрастающая частота коморбидной психической патологии. Данные литературы и клинической практики дают основание считать, что примерно каждый третий пациент нарколога имеет сочетанную психиатрическую патологию.

Шизофрения — одна из самых сложных и актуальных проблем клинической психиатрии по ее широкой распространенности, многообразию клинических проявлений, тяжести социально-медицинских последствий, недостаточной разработанности этиопатогенетических аспектов, что неизменно привлекает внимание исследователей [6, 10, 11, 15, 25, 35]. Заболевание шизофренией, согласно данным исследований последнего времени, создает у больных определенную предрасположенность к развитию у них состояний зависимости, которые стало принято относить к аддиктивным расстройствам [6, 19, 24, 27, 33]. Эта предрасположенность приводит к тому, что распространенность аддикций среди больных шизофренией оказывается выше, чем в общей популяции населения.

Концепция аддиктивного поведения превращается в быстро развивающуюся область клинической психиатрии, в русле которой описываются различные варианты как фармакологических (алкогольной, никотиновой, лекарственной), так и нефармакологических форм аддикций [8, 14, 21, 30, 34].

Что же касается аддикций у больных шизофренией, то большинство исследователей уделяет внимание изучению влияния злоупотребления алкоголем (традиционно рассматриваемого с позиций симптоматического алкоголизма), а также наркотическими веществами на клинические проявления и исходы шизофрении. Другим же формам аддиктивных расстройств при шизофрении посвящаются единичные работы. Поэтому дальнейшее изучение условий формирования аддикций у больных шизофренией, особенностей различных вариантов аддиктивного поведения и аддиктивных мотиваций при разных клинических формах шизофрении и типах ее течения, взаимовлияния шизофренического процесса и аддиктивных расстройств имеет как теоретическое, так и практическое значение для клинической наркологии и психиатрии.

Данная работа основана на результатах обследования 346 больных шизофренией с коморбидными аддиктивными расстройствами, находившихся на стационарном и диспансерном психиатрическом наблюдении в период с 1984 по 1998 гг.

Виды аддикций, встречающихся при шизофрении

В обследование включались больные с длительностью течения заболевания свыше трех лет, у которых выявлялись отчетливые признаки аддиктивного поведения, которые были разработаны и описаны в работах Ц.П. Короленко и Т.А. Донских [8], Goodman A. [23], Meyer R. [30] и Trumble J.G. [34].

Среди обследованных пациентов были 291 мужчина и 55 женщин с преобладающим возрастным интервалом от 26 до 35 лет (53,8%). Хотя у больных шизофренией встречаются практически все разновидности аддиктивного поведения, свойственные лицам без психических заболеваний, наиболее часто на нашем клиническом материале выявлялись: алкогольная аддикция — 157 наблюдений (45,4%), никотинизм — 33 наблюдения (в исследование выбраны только те случаи из большинства курящих больных шизофренией, у которых интенсивность и социально-клинические особенности курения вызывали необходимость его коррекции), художественно-графоманическая аддикция — 125 наблюдений (36,1%), а также сексуальная аддикция — 31 наблюдение (8,9%). Наркотические аддикции у больных шизофренией встречались лишь в единичных случаях, что может найти объяснение в том, что для наркотизации нужно более сложно организованное социально-ролевое поведение, чем для алкоголизации.

Группировка клинического материала по клиническим формам шизофрении произведена по систематике МКБ-10. Соотношение разновидностей аддиктивного поведения по формам шизофрении представлено в табл. 1. Как следует из данных таблицы, преобладающее число больных (33,6%) было в группе “параноидная шизофрения”. В группу “другие формы” отнесены больные с недифференцированной шизофренией и встречавшиеся единичные случаи кататонической и гебефренической шизофрении, которые из-за малочисленности не могли составить самостоятельную группу. К недифференцированной шизофрении, в соответствии с МКБ-10, были отнесены те слу-

Распределение больных шизофренией по видам аддикций

Виды аддикций	Клинические формы шизофрении									
	Параноидная		Простая		Другие формы		Резидуальная		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Алкогольная с никотинизмом	76	21,9	34	9,8	52	15,0	28	8,2	190	54,9
Художественно-го “творчества” с графоманией	32	9,2	26	7,5	31	8,9	36	10,4	125	36,2
Сексуальная	8	2,3	12	3,5	6	1,7	5	1,4	31	8,9
Всего	116	33,5	72	20,8	89	25,7	69	20,0	346	100,0

чай, когда психопатология соответствовала общим критериям шизофрении, но не могла быть идентифицирована в качестве специфической для определенной формы.

В процессе клинического исследования было выявлено, что имеются совпадающие тенденции патологических изменений поведения и мотивов при шизофрении и аддикциях, что затрудняло достаточно полное и достоверное установление личностных особенностей и мотиваций у больных. Поэтому, кроме клинико-психопатологического применялось экспериментально-психологическое исследование. Методики последнего подбирались с целью обнаружения особенностей нарушений тех психических процессов, которые обуславливают возникновение аддиктивного поведения у больных шизофренией и не могут быть выявлены традиционными клиническими методами. Поэтому экспериментальная программа включала отвечающие этим требованиям методики: пиктограммы, цветовой тест Люшера, сравнение понятий и предметное исключение, тест Роршаха.

Полученные в результате этого данные способствовали выявлению тенденций, мотивационных установок, эмоционального состояния и других личностных особенностей, что служило существенной, дополняющей клинические данные информацией к формированию концепции аддиктивных расстройств при шизофрении. На нашем материале наибольшая представленность была у алкогольной аддикции наряду с никотинизмом, художественно-графоманической и сексуальной формами аддиктивного поведения.

Однако сходство с аддикциями психически здоровых лиц у наших больных было довольно относительным и касалось внешних форм проявления. Соотношение и взаимодействие психопатологических и аддиктивных расстройств носило сложный, многоаспектный и неоднозначно противоречивый характер. Обычно процессуальная психопатологическая психопатология, проявляющаяся позитивными и негативными симптомами, а также личностными нарушениями, настолько видоизменяла возникающие на этой патологической почве аддикции, что их проявления нередко остаются нераспознанными и ускользают от внимания клиницистов. В других случаях аддиктивное поведение оказывалось, напротив, фасадным расстройством, за которым скрывался собственно эндогенный процессуальный психоз, вследствие чего аддикция выступает в качестве клинической маски шизофрении.

Как показал клинический анализ наблюдений, каждая форма аддикции обладает определенными особенностями своих проявлений и взаимоотношений с психопатологической почвой, на которой она возникает, чему и посвящается последующее изложение.

Алкогольная аддикция

Согласно литературным данным, алкогольная зависимость у больных шизофренией встречается в 4 раза чаще, чем в общей популяции населения [1]. У наших пациентов алкогольная аддикция наблюдалась в 157 случаях. Патологическое употребление алкоголя больными шизофренией традиционно, начиная с С.К. Graeter, расценивается в качестве “симптоматического алкоголизма”. Подход к пониманию алкоголизации больных с позиций аддиктивного поведения позволяет увидеть новые закономерности и взаимодействия алкогольных аддиктивных и эндогенно-процессуальных расстройств. Оказалось, что в зависимости от клинической формы и типа течения шизофрении возникающая на этой патологической почве алкогольная аддикция имеет различающиеся особенности клинических проявлений, течения и прогноза.

При параноидной шизофрении алкогольная аддикция (76 больных) развивалась в тех случаях, когда у больных при наличии параноидной симптоматики не было выраженной дезорганизации психической деятельности с нарушением приспособительного поведения. Типичным проявлением алкогольной аддикции было начало алкоголизации в инициальном периоде, когда больные прибегали к приему алкоголя для смягчения субъективно тягостного состояния, обусловленного процессуальной психопатологией. Алкоголизация продолжалась на параноидальном этапе непрерывного течения шизофрении с различными вариантами аддиктивной мотивации. При развитии выраженной тяжести психотических расстройств на параноидном этапе шизофрении способность к переживаниям, вызывающим мотивы алкоголизации, как бы утрачивалась, алкогольная аддикция прекращалась. У больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным течением и сложной депрессивно-параноидной структурой приступов наблюдалось развитие интенсивной алкоголизации с атарактической преобладающей аддиктивной мотивацией. По окончании приступа аддикция прекращалась и вновь возникала при начале нового приступа или при обострении текущего, который не был

купирован вследствие недостаточного по времени или неадекватного лечения. В межприступном периоде типичным бывает возникновение спонтанной ремиссии в течение алкогольной аддикции, потому что психическое состояние в ремиссии существенно отличается от периода приступа, нет условий для сохранения атарактической аддиктивной мотивации.

При простой форме психозфрении алкогольная аддикция развивалась у больных с умеренной выраженностью simplex-синдрома и относительной сохранностью социально-ролевого поведения. Изменения личности больных легко могут вызвать явления “дрейфа” с патологической зависимостью от окружающей социальной среды и утратой целенаправленности интеллектуальной активности и поведения, что обуславливает возникновение субмиссивной аддиктивной мотивации. В зависимости от особенностей клинических проявлений процессуальной психопатологии простой психозфрении ведущей аддиктивной алкогольной мотивацией может стать атарактическая, или активная поведения. Прогноз течения аддикции у данных больных неоднозначный. При сохранении прогрессивности течения и нарастании выраженного апато-абулического психозфренического дефекта алкогольная аддикция затухает, наблюдается как бы “балансировка” (Барюк) психозфренического и аддиктивного процессов. В других же случаях отмечается утяжеление алкогольной аддикции до “вторичного истинного” алкоголизма [16].

Алкогольная аддикция при недифференцированной психозфрении находилась в сложных взаимоотношениях с психозфреническими расстройствами, что определялось зависимостью от таких факторов, как полиморфность структуры приступов, их тяжести, остроты и длительности, типа течения, качества ремиссии, процессуальных изменений личности.

Обобщая наблюдения о влиянии алкогольной аддикции на клинику и течение психозфрении, можно отметить, что алкоголизация привносит лишь преимущественно фасадную симптоматику, которая может затухивать и маскировать психозфренические проявления, не оказывая существенным образом воздействия на тенденции течения и прогноз психозфрении. Более очевидным является влияние алкоголизации на социальный статус и усугубление социальной дезадаптации у больных психозфренией. С другой стороны, алкогольная аддикция у больных психозфренией в своем возникновении, течении и прогнозе находится в значительной зависимости от клиники и течения психозфренического процесса. Это сказывается в атипичности проявлений алкогольного аддиктивного поведения, малой зависимости алкоголизации и аддиктивной мотивации от социально-средовых влияний, а также атипичности течения и исхода алкогольной аддикции по сравнению с алкогольной аддикцией у лиц без психической патологии.

Никотинизм

Известно, что больные психозфренией курят чаще, чем психически здоровые люди: по данным Фуллер Торри Э. [17] — в 80–90%, по данным В.Д. Менделевича и А.Т. Кулагина [12] — 91,7%, а по данным J. De Leon [27] от 78 до 93% пациентов, причем у 45% из них частота их курения достигала свыше 30 сигарет в день. Имеются серьезные клинические и экспериментальные данные, обосновывающие распространенную точку зрения о компенса-

торном значении курения больных психозфренией, которые курят чаще больных с другими психическими заболеваниями, что свидетельствует против объяснения их курения влиянием нейролептиков и госпитализации. Установлено, что никотин вызывает кратковременную коррекцию дисфункциональных при психозфрении никотино-холинергических, допаминергических и других нейротрансмиттерных систем, что оптимизирует психические функции и позволяет расценивать курение больных как компенсаторное, как попытку самолечения [20, 22].

Поэтому курение как аддиктивное поведение у больных психозфренией существенно отличается от курения здоровых лиц. Прежде всего это отличие заключается в том, что интенсивность курения находится в зависимости от клинических проявлений психозфрении. При обострениях или ухудшении психического состояния с нарастанием таких симптомов, как тревога, беспокойство, больные значительно увеличивали частоту курения, получая в ряде случаев отчетливый “терапевтический” эффект. Когда же проявления обострения редуцировались, то интенсивность курения резко снижалась [13]. Доза курения также заметно повышалась при развитии нейролептического синдрома. В других случаях курение облегчало для больных установление межличностных контактов, служило темой разговоров, предлагало стереотипные паттерны общения курильщиков, что особенно важно при обеднении, затруднении и извращении коммуникаций у этих больных. Курение как аддиктивное средство выступало в качестве активирующего и облегчающего социальное поведение. Для большинства больных психозфренией курильщиков была малохарактерной чисто гедонистическая мотивация. Больные прибегали к курению табака с целью получить другие эффекты. Никотиновая аддикция у больных психозфренией часто сочеталась с алкогольным аддиктивным поведением. Отмеченные положения указывают на многообразное значение никотиновой аддикции в клинике психозфрении.

Сексуальная аддикция

Сексуальная аддикция у больных психозфренией почти не представлена в научной литературе как предмет исследования по сравнению с фармакологическими разновидностями аддикций. В отечественной литературе сексуальные отклонения у больных психозфренией исследовались преимущественно в плане судебно-психиатрической экспертизы и рассматривались как извращения влечений (перверзии). Следует отметить, что к сексуальной аддикции необходимо относить только те варианты сексуального отклоняющегося поведения, которые развиваются по аддиктивным закономерностям, что позволяет отграничивать их от других видов сексуальных аномалий [7, 29]. При формировании сексуальной аддикции происходит суррогатная подмена интенсивных чувств, эмоциональных отношений и психологических потребностей, которые реализуются в нормальном сексуальном общении и контакте. Сексуальная жизнь у многих больных психозфренией значительно осложнена в связи с нарушением эмоционально-волевой сферы и интерперсональных коммуникаций [10, 11], что затрудняет “нормативное” половое поведение с гетеросексуальной ориентацией и создает предпосылки для возникновения сексуальных отклонений в форме аддикции.

Среди обследованных психозфренией с сексуальной аддикцией (31 чел.) встречались следующие формы сексуального аддиктивного поведения: донжуанизм, эксгибиционизм и онанизм. Аддиктивное сексуальное поведение в форме онанизма преобладало у мужчин, а у женщин — “донжуанизм” в гротескной промискуитетной форме. В наших наблюдениях отклонения сексуального поведения аддиктивного плана в виде гомосексуализма и эксгибиционизма встречались в единичных случаях и поэтому не выделены в отдельную группу.

Анализ прослеженных случаев позволяет сделать вывод о двойственном значении сексуальной аддикции у больных психозфренией. Обычно она возникает как попытка компенсации затрудненной в естественном развитии сексуальности, что приносит определенное облегчение личностному гомеостазу данных больных. С другой стороны, стабилизация аддиктивных механизмов и формирование устойчивого аддиктивного поведения нарушает психосексуальное развитие больных и блокирует возможность становления у них сексуально нормативных форм полового поведения. Влияние психозфренического процесса сказывается в облегчении возникновения сексуальной аддикции и утяжелении ее течения, причем проявления аддикции нередко принимают гротескный и причудливый характер. А влияние аддикции на психозфрению проявляется в том, что в аддиктивном процессе возникают поведенческие и эмоционально-личностные изменения, имеющие феноменологическое сходство с психозфреническими, что может утяжелить нарушения социальной адаптации, свойственные большинству больных психозфренией.

Следовательно, аддиктивное сексуальное поведение, встречающееся у больных психозфренией, в связи с мощным патопластическим воздействием эндогенного процесса имеет принципиальные отличия от подобных аддикций у психически здоровых лиц. Это проявляется, главным образом, в парадоксальности, сложности и малой осознаваемости сексуальных аддиктивных мотиваций, необычности “аутистической окраски” аддиктивного поведения и тесной зависимости его от клинических особенностей и течения психозфрении.

Художественная и графоманическая аддикция

Из литературных описаний и клинической практики известно частое обращение больных психозфренией к творческой экспрессии, в том числе к изобразительному и литературному творчеству. Анализ творчества больных является важным разделом психопатологии, причем исследователи с психоаналитических и клинико-психопатологических позиций стремятся с диагностической целью выявить отражение психической патологии в изобразительном и вербальном творчестве. Подобный подход в сочетании с искусствоведческим преобладает в изучении творчества больных [2, 5, 6, 18, 26, 31].

В литературе нам не удалось встретить рассмотрение творческой активности больных с позиций аддиктивного подхода. На наш взгляд, близко к этому находится выделенная в последние годы форма аддиктивного поведения — работоголизм (трудоголизм), при которой чрезмерная вовлеченность в производственную деятельность нарушает другие сферы человеческой жизни и приводит к тому, что работа начинает заменять привязанность, любовь,

развлечения, другие активности и становится более значимой, чем люди и общение с ними [7, 19, 21, 32].

Мы определяем художественную или графоманическую аддикцию у больных психозфренией в тех случаях, когда художественное и вербальное творчество становилось неадекватно интенсивным и приобретало характер выраженной зависимости в ущерб другим проявлениям жизненной активности, интересам и потребностям больных. Наши наблюдения охватывают 125 больных с отчетливой графоманической или изобразительной активностью, характеризующейся признаками поведенческой аддикции. Графоманическая аддикция заключалась в том, что больные постоянно что-нибудь писали: тексты с претензией на художественную прозу, стихи, дневники, подробные размышления о своей болезни; описания своих изобретений и открытий, новых глобальных концепций в области науки, техники, математики, философии и т.п. К аддиктам с художественной направленностью были отнесены те больные, которые стремились рисовать карандашами или красками, причем делали они это независимо от наличия специального образования и владения изобразительной техникой.

Необходимо отметить, что наблюдаемые случаи нередко было трудно однозначно отнести к графоманической или художественной аддикции, ибо больные сопровождали свои рисунки пространственными текстами комментариев и названий, а письменную продукцию иллюстрировали большим количеством схем и рисунков. Поэтому пришлось выделить “смешанную” форму художественно-графоманической аддикции. В соответствии с этим 125 больных были распределены следующим образом: чисто графоманическая аддикция — у 38,4%, художественная — у 27,2%, а смешанная — у 34,4% пациентов. Причем для больных мужчин была характерной графомания, а у женщин отмечалось относительное преобладание художественной аддикции. Влияние возраста установлено в том, что для художественного варианта аддикции было характерно более раннее начало, чем для графоманического и смешанного.

При параноидной психозфрении чаще встречалась графомания, что может найти объяснение в том, что процессуальные изменения мышления и личности побуждали вербальную аддиктивную активность больных. Художественная аддикция была более характерной для больных “другими формами” психозфрении, так как для изобразительной экспрессии необходима большая сохранность эмоциональной сферы. Смешанный вариант аддикции чаще встречался у больных резидуальной психозфренией.

Аддиктивное вовлечение больных в художественно-графоманическую активность побуждается различными аддиктивными мотивациями. Преобладающими в подобном аддиктивном поведении являлись атарактическая, гедонистическая и активизирующая поведение аддиктивные мотивации. При атарактической мотивации больные с помощью письменного или изобразительного творчества осуществляли отреагирование феноменов тягостных процессуальных психопатологических расстройств (тревоги, страха, подавленности, неуверенности, беспомощности, депрессии, растерянности, безнадежности), что приводило к субъективному облегчению тяжести переживаний. Во многих других случаях больные испытывали позитивные эмоции от процесса и продуктов своего

творчества, что расценивалось нами как гедонистическая мотивация. Больные с потерей социальных интересов и инициативности, уплощением и изменением эмоциональных реакций, с социально бесцельным, на внешний взгляд, существованием могли стремиться заполнить свою жизнь письменной или изобразительной активностью, что можно определить как самостимуляцию и активирование своего поведения.

Многообразие клинических проявлений психозов отражается как в возникновении данной аддикции, содержании и форме процесса и продуктов творчества больных, так и на динамике аддиктивного поведения. При непрерывном течении психозов прогноз аддикции определяется темпом прогрессивности эндогенного процесса и тяжестью формирующегося психозического дефекта. В случаях приступообразного течения психозов проявления аддикции находятся в зависимости от клинической структуры приступов и состояния периода ремиссии. При этом нередко наблюдается появление или резкое усиление аддикции во время приступов с аффективной насыщенностью психотической симптоматики, с последующей редукцией или значительным обеднением аддиктивного поведения в межприступный период. Подобные “ремиссии” в художественно-графическом аддиктивном поведении у больных психозами напоминают известные спонтанные ремиссии “симптоматического алкоголизма” у больных психозами. Выявляется неоднозначное влияние аддиктивной активности на проявления психозического процесса. Аддикция выполняет роль, прежде всего, определенной компенсации нарушений интрапсихической и социально-средовой адаптации у больных психозами. Однако в случаях выраженного аддиктивного поведения при среднем сосредоточении внимания и активности на предмете аддикции происходит усиление аутизма и дистанцирования больных от требований реальной жизни, что приводит к углублению их социальной дезадаптации.

Особенности аддиктивных мотиваций при психозах

Значимым разделом клиники аддиктивных расстройств у больных психозами являются аддиктивные мотивации. Мотивационные характеристики были получены при комплексном изучении катamnестических сведений, результатов клинко-психопатологического и патопсихологического исследования, в том числе с помощью тестов Люшера и Роршаха. Прежде всего, полученные результаты подтвердили известные данные о глубоком изменении мотивационной сферы больных психозами в виде искажения и снижения уровня побуждений [3, 9, 28]. При выявлении доминирующих аддиктивных мотиваций у обследованных больных психозами было установлено, что они существенно отличаются от таковых у аддиктов без психических заболеваний. Это отличие заключалось в том, что “чистых” типов мотивации почти не встречалось, поэтому определение мотивации устанавливалось несколько условно, на основании относительного доминирования той или иной мотивации. Кроме того, доминирующие аддиктивные мотивации могли заменяться по мере течения заболевания.

Были выделены следующие типы аддиктивных мотиваций:

атарактическая мотивация — заключается в стремлении больных с помощью предмета аддикции смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта,

тревоги, страха, состояния фрустрации, мыслей о самоубийстве, конфликтов с окружающими, “отвлечься от забот”, “снять нервное напряжение” и т.п.;

субмиссивная мотивация — включает в свою структуру такие конкретные мотивы, как неумение отказать друзьям: “нет силы воли”, выпивки с целью “быть как все” и т.п. При наличии этой мотивации у больных имеется выраженная тенденция к подчинению, зависимости от окружающих. Проблема субмиссивной мотивации смыкается с проблемой люмпенизации определенных слоев общества, в которые легко могут вовлекаться аддикты, больные психозами;

псевдокультуральная мотивация — основное значение придается атрибутивным свойствам предмета аддикции с характерной демонстративностью и стремлением произвести впечатление на окружающих. Например, при алкогольной аддикции больные свое пьянство объясняют необходимостью “поразмозить о высоких материях”, “о смысле жизни”, “пофилософствовать”, “если не пить, то зачем жить”. Часто сочетается с другими аддиктивными мотивациями;

гедонистическая мотивация — употребление алкоголя или обращение к другому предмету аддикции происходит для поднятия настроения и получения удовольствия. Больные вербализуют, что, например, от выпивки им становится веселее, “приятное оживление мыслей”, “получаем кайф” и т.п.;

мотивация активизации поведения — стремление с помощью аддиктивного предмета вызвать состояние возбуждения, активизировать себя, выйти из состояния скуки, душевной лени и бездействия, повысить самооценку и тонус, “почувствовать себя настоящим мужчиной” и т.п.;

психотическая мотивация — имеет своим истоком психотические феномены — галлюцинации, бредовые переживания, психотическую тревогу. Больные прибегают, например, к приему алкоголя, чтобы “заглушить голоса”, особенно устрашающие или императивные. Некоторые больные говорят, что не собираются прекращать выпивки, так как в состоянии опьянения им легче переносить бредовые переживания воздействия, преследования, мучительные сенестопатии.

При алкогольном и никотиновом аддиктивном поведении доминирующими аддиктивными мотивациями были атарактическая — 38,9%, гедонистическая — 18,4%, психотическая — 15,8% случаев. Сексуальное аддиктивное поведение побуждалось гедонистической мотивацией в 35,5%, субмиссивной — 29,0%, психотической — в 16,1% случаев. У больных психозами с художественно-графической аддикцией гедонистическая мотивация преобладала в 39,2%, атарактическая — в 33,6%, психотическая — в 16,8% случаях.

Обобщая исследование особенностей аддиктивных мотиваций у больных психозами, можно выделить некоторые общие закономерности. Типичные для психозов диссоциативные расстройства проявляются в сфере мотивов в том, что при общем снижении уровня мотивов сохраняется мотивационная напряженность только в узких рамках аддиктивного содержания, но достаточная для побуждения порой интенсивной деятельности в форме аддиктивного поведения. Другая особенность заключается в нарушении критерия психологической понятности, отсутствии связи с внешними социальными фак-

торами, в структурной сложности выделенных нами “психотических” вариантов аддиктивных мотиваций. Нередко аддиктивные мотивации возникают у заболевших шизофренией вне связи с преморбидными интересами и жизненным опытом больных. Обычно аддиктивные мотивации (как и формы их реализации в аддиктивном поведении) оказываются непонятными для окружающих, парадоксальными, недостаточно осознаваемыми и вербализуемыми самими больными, что прослеживается в их возникновении, течении, обратном развитии и редукции.

Влияние аутизма на аддиктивное поведение

Одним из основных синдромов психической патологии при шизофрении является аутизм [10, 11], который оказывает мощное патопластическое влияние на коморбидную аддиктивную патологию. Были выявлены некоторые сходные психопатологические феномены в аддиктивных и аутистических расстройствах. Так, при аддикциях мышление канализируется в русле апперцепции удовлетворения эмоциональных потребностей — мышление по желанию, а при аутизме в мышлении доминирует “принцип удовольствия”. Аддикция для аддикта является универсальным способом бегства от трудностей реальной жизни, также и аутизм больного шизофренией может быть расценен как психологическая компенсация, заключающаяся в подмене конфликтных отношений с внешним миром на формирование субъективно непротиворечивого иллюзорного аутистического мира. Определенное совпадение тенденций изменений психической деятельности создает условия для разнообразных взаимодействий.

Аутистические расстройства оказывают сложное и неоднозначное патопластическое влияние на аддикции, развивающиеся у больных шизофренией. Прежде всего, у них создается предрасположенность к возникновению аддикции в связи тем, что свойственный им аффективный, когнитивный и коммуникативный дисбаланс вызывает нарушение психоэмоционального саморегулирования. Влияние аутизма на темп развития аддикции оказывается различным. Так, можно отметить ускорение темпа развития и утяжеление художественной и графоманической аддикции у больных шизофренией при проявлении нарастающих аутистических расстройств. А в случаях субстанционной (алкогольной) аддикции такой прямолинейной закономерности не прослеживается. Существенно модифицируется феноменология аддиктивного поведения под влиянием аутизма, что отмечается в причудливости, необычности, фантастичности, непонятности и парадоксальности конкретных форм аддиктивного поведения. Характерен заметный контраст между эмоциональной вовлеченностью в аддиктивную активность, относительной сохранностью и достаточным богатством дифференцированных эмоций в процессе взаимодействия с аддиктивными объектами при резком обеднении эмоционального реагирования до апатичности во взаимодействии с окружающими людьми и неаддиктивными сферами реальной внешней жизни.

Устанавливается сложное влияние аутизма и на аддиктивные мотивации. Это проявляется в атипичности и искренности мотиваций, их структурной сложности по сравнению с лицами без психического заболевания, что крайне затрудняет их осознание и вербализацию больными. В связи с аутистической инверсией эмоциональ-

ных отношений нарушался критерий психологической понятности, отсутствовала связь мотиваций с внешними социальными факторами. Общее же влияние процессуального аутизма на аддиктивные расстройства выражалось в парадоксальности аддиктивных мотиваций, их малой связи с социальной средой, внезапного, порой, возникновения и исчезновения аддиктивного поведения. Все это создает впечатление непонятности проявлений аддикции у больных шизофренией и затрудняет их клиническую оценку.

Принципы коррекции аддикций у больных шизофренией

Выявленные определенные закономерности аддиктивных мотиваций и аддиктивного поведения у больных шизофренией определяют принципы лечебно-реабилитационной работы. Разработана трехэтапная программа лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных как на аддиктивные, так и на эндогенно-процессуальные расстройства. Программа включала медикаментозную, в том числе с использованием психотропных средств, терапию, психотерапию, социально-реабилитационные и психокоррекционные воздействия, которые применяются как в условиях психиатрического стационара, так и на амбулаторном этапе ведения больных.

При субстанционных (алкоголизм, никотинизм) формах аддикций терапия на первом этапе была преимущественно направлена на проявления острой и хронической интоксикации и на купирование психотических шизофренических расстройств с последующим смещением акцента на психотерапевтические, психокоррекционные и социально-реабилитационные аспекты. В психотерапии целесообразна ориентация на выработку приемов саморегуляции, на активацию и коррекцию коммуникативных навыков и социально-ролевого поведения с использованием различных форм индивидуальной терапии, групповой, тренинговой и семейной психотерапии. Социальные воздействия имели целью коррекцию внутрисемейных, производственных и бытовых взаимоотношений, максимальную поддержку трудовой способности больных, активацию и коррекцию их спонтанной активности в различных сферах жизни.

При нефармакологических формах аддиктивного поведения медикаментозная терапия была ориентирована исключительно на купирование симптомов шизофрении, нарушающих адаптацию больных, а основная роль в воздействии на аддиктивные расстройства принадлежала психотерапии, психокоррекции и социальной реабилитации. Апробация данной программы в течение 1991—1997 гг. показала и подтвердила ее достаточную эффективность. У тех больных, аддикция у которых носила явно компенсаторно-адаптивный характер, целесообразнее было не стремиться ее устранять, а придавать ей профессиональную направленность (например, при художественно-графической аддикции) или социальную адекватность.

Список литературы

1. Альтшуллер В.Б. Алкоголизм: Руководство по психиатрии /Под ред. А.С.Тиганова. — М., 1999. — Т.2. — С.250—339.
2. Бабаян Э.А., Морозов Г.В., Смулевич А.Б. Изобразительный язык больных шизофренией. В 3 т. — Москва-Базель, 1982, 1985, 1988.

3. Блейхер В.М., Боков С.Н. О пропорции в сфере мотивов психической деятельности у больных шизофренией //Обозрение психиатрии и мед. психологии. — 1992. — № 4. — С. 97—98.
4. Бохан Н.А., Семке В.Я., Агарков А.П. Коморбидность в наркологии: актуальное состояние и перспективы изучения проблемы //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — Томск, 1997. — № 1, 2. — С. 14—22.
5. Карпов П.И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники. — М.-Л., 1926. — 201 с.
6. Кемпинский А. Психология шизофрении. — СПб., 1998. — 293 с.
7. Короленко Ц.П. Респектабельная форма аддиктивного поведения //Обозрение психиатрии и мед.психологии. — 1993. — Т. 1. — С. 17—29.
8. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире. — Новосибирск, 1990. — 224 с.
9. Коченов Н.Н., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. — М., 1978. — 87 с.
10. Красильников Г.Т., Семке В.Я., Дресвянников В.Л. Аутизм при шизофрении. — Новосибирск-Томск, 1998. — 209 с.
11. Красильников Г.Т., Дресвянников В.Л. Аутистическая патопластика аддиктивного поведения у больных шизофренией // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). — Томск, 1998. — С. 94—96.
12. Менделевич В.Д., Кулагин А.Т. Особенности никотинизма у больных шизофренией // Казанский мед. журнал. — 1991. — Т. 72, № 1. — С. 36—39.
13. Наров М.Ю. Никотиновая аддикция у больных шизофренией: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к. м. н. — Томск, 2000.
14. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. — Томск, 1999. — 403 с.
15. Снежневский А.В. (ред.) Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. — М., 1972.
16. Энтин Г.М. Алкоголизм вторичный- симптоматический и истинный //Актуальные вопр. психиатрии и наркологии: Тез. конференции. — Пермь, 1984. — Т. 1. — С. 139—141.
17. Фуллер Торри Э. Шизофрения: Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей / Пер. с англ. — СПб., 1996. — 448 с.
18. Хайкин О.Б. Художественное творчество глазами врача. — СПб, 1992. — 231 с.
19. Babor T.E., Edward G. Inside Addiction // Addiction. — 1996. Vol. 91, № 12. — P. 1757—1763.
20. Dalack G.W. et al. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia // Schizophr. Res. — 1996. — Nov 12. — Vol. 22, № 2. — P. 133—41.
21. Edwards G. et al. Addiktion journals: historic consensus, evolving process // Addiction. — 1997. — Vol. 92, № 12. — P. 1613—1616.
22. Freedman R. et al. Schizophrenia and Nicotinic receptors // Harvard Rev. Psychiatr. — 1994. — Vol. 2, № 4. — P. 179—192.
23. Goodman A. Addiction: definition and implications // Brit. J. Addict. — 1990. — Vol. 85, № 11. P. 1403—1408.
24. Guebaly N., Hodgins D.C. Schizophrenia and substance abuse: prevalence issue //Canad.J.Psychiatr. — 1992. — Vol. 37, № 10. — P. 704—710.
25. Hare E. Schizophrenia as a recent disease // Brit. J. Psychiatr. — 1988. — Vol. 153, № 10. — P. 521—531.
26. Jakob I. Expression graphique des hallucinations schizophreignes //Ann. Med. Psychol. — 1959. — Vol. 1. — P. 1—24.
27. Leon De I. Smoking and vulnerability for schizophrenia //Schizophr. Bull. — 1996. — Vol. 22, № 3. — P. 405—409.
28. Maller O. A motivation syndrome in chronic schizophrenics: a biopsychological model of schizophrenic impairment// Neuro- psychobiol. — 1978. — Vol. 7, № 4. — P. 229—247.
29. Mayers W. A. Addictive sexual behavior // Am. J.Psyhoterapy. — 1995. — Vol. 49, № 4. — P. 473—483.
30. Meyer R. E. The disease called addiction // Lancet. — 1996. — Vol. 347, № 2. — P. 162—167.
31. Rennert H. Die Merkmale schizophrener Bildnerf. Iena. — 1966. — 239 s.
32. Robinson B.E. Work addiction: development of a measure of workaholism //Psychol. Rep. — 1995. — Vol. 76, № 3. — P. 1226—1228.
33. Soyka M. Addiction and schizophrenia: nosological, clinical and therapeutic questions // Forsch. Neurol. Psychiatr. — 1994. — Vol. 62, № 6. — P. 186—196.
34. Trumble I.G. Rescure in addiction psychiatry // Postgrad. Med. — 1996. — Vol. 99, № 3. — P. 71—77.
35. Warnere R., Girolamo de P. Schizophrenia. — Genewa: WHO, 1995. — 139 p.

COMORBIDE ADDICTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Krasilnikov G.T., Dresvjannikov V.L., Bochan N.A.

In article the frequent forms of addictive motivations in patients with schizophrenia are discussed.