

Шизофрения и алкогольные психозы: сходство и различия

ОВСЯННИКОВ С.А.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ,
консультант, Наркологическая клиническая больница №17 Департамента здравоохранения г. Москвы

СТАРКОВА И.В.

к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ,
консультант, Наркологическая клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения г. Москвы

Работа посвящена сложной теме дифференциальной диагностики шизофрении и атипичных форм алкоголизма. При их дифференциальной диагностике необходимо обязательно учитывать особенности личности, ее динамику и трансформацию. При этом эндогенный характер процесса определяет доминирование его контррастных свойств и признаков по сравнению и по отношению к экзогенно-органическому процессу алкогольного генеза.

Актуальность данной проблемы определяется тем, что до последнего времени в психиатрической и наркологической практике в ряде случаев имеет место тенденция к расширению диагностики шизофрении, особенно в тех случаях, когда развиваются гипопсихотические или психотические состояния с атипичной для «чистой» алкогольной патологии клинической картиной. Речь чаще всего идет об атипичных делириозных состояниях, галлюцинозах или бредовых расстройствах. С чем может быть связано такое положение? Каковы основные критерии, которые могут быть приняты как достоверные и доказательные для исключения эндогенного процесса?

Нам представляется, что, прежде всего, необходимо иметь в виду классические представления о диагностике шизофрении, которые, к сожалению, не всегда четко излагаются в специальных руководствах и часто интерпретируются достаточно свободно. В совместной с В.М. Морозовым работе о дидактике последипломного обучения психиатрии мы уже отмечали, что подобного рода неточности в определении основных симптомов шизофрении существовали даже в соответствующих документах ВОЗ.

Необходимо иметь в виду, что Э. Блейлер, который ввел понятия *шизофрения*, *группа шизофрений*, достаточно четко делил симптомы заболевания на основные и дополнительные. К числу основных он относил абсолютно обязательные для диагностики нарушения ассоциативного процесса (расстройства мышления), кроме того, особое видоизменение аффективности, проявляющееся как «неподвижность» аффекта с утратой всей гаммы его модуляций, а также аутизм. Необходимо отметить, что сам Э. Блейлер специально противопоставлял монотонный, неподвижный аффект шизофреника чрезвычайно лабильному с широкой амплитудой колебаний аффекту больных алкоголизмом.

Можно считать, что автор понятия *шизофрения* подчеркивал кардинальное ее отличие от алкоголизма по характеристике аффективных проявлений при этих заболеваниях.

Что касается дополнительных симптомов, то они, по мнению Э. Блейлера, могут быть представлены, в частности, галлюцинаторными, бредовыми и различными другими продуктивными симптомами, которые могут присутствовать в клинической картине, но могут и не быть. Они не являются патогномоничными для шизофрении, так как появляются с различной по частоте и выраженности картиной при эпилепсии, сосудистой патологии и др. Стало быть, эти проявления не могут считаться типичны-

ми именно для шизофрении. В то же время приходится наблюдать достаточно широко бытующие суждения о том, что бредовой симптомокомплекс, развивающийся на разных этапах течения алкоголизма, обязательно указывает на наличие именно шизофренического процесса у алкоголика.

При алкоголизме, как показывают практические наблюдения настоящего времени, действительно могут развиваться атипичные проявления, например, галлюцинозов. В отличие от описанных ранее «классических» случаев К. Вернике при них не отмечается четкой фиксации галлюцинаторных переживаний на собственно алкогольной «фабуле», не всегда развивается типичная тема осуждения больных как пьяниц, «поганных алкоголиков», которых за это надо «прирезать», «убить» и т.п. Классической картине не всегда соответствует развитие галлюциноза в период прекращения приема алкоголя (хотя в целом такая временная последовательность все же встречается чаще). Часто к обильным или, напротив, скудным галлюцинациям слуха присоединяются эпизодические зрительные обманы. По миновании более острых проявлений, свойственных алкогольному галлюцинозу, могут сохраняться редуцированные проявления беспокойства, тревоги, страх.

Подобные атипичные проявления иногда дают повод рассматривать такой эпизод как дебют шизофрении, спровоцированный алкоголем. Однако в дальнейшем эти сомнения можно легко исключить. Общая продолжительность подобных психозов все же незначительна, она несопоставима с длительностью шизофренического шуба; при своевременно начатой терапии отмеченные расстройства довольно быстро (в пределах 7–10 дней) купируются, а после этого отмечаются не всегда отчетливо выраженные, но все же очевидные проявления гиперпатии, гиперэстезии и критическое (не формально критическое!) отношение к пережитому психотическому состоянию.

Как на «доказательную» принадлежность таких «атипичных» психозов к шизофрении часто указывают на особенности преморбиды, в котором подчеркиваются проявления «чужаковости» («фершробен»), эмоциональной невыразительности и т.д. Здесь действительно необходим дифференциальный диагноз, но не только с шизофренией, а еще и с шизоидной психопатией. Как известно, К. Бирнбаум описал «чужаков», «оригинов» (тип «фершробен») как особый тип психопатии шизоидного круга, а Л. Бинсвангер является автором термина *шизоидный алкоголик*. Поэтому наличие в статусе больного алкоголиз-

мом признаков чужаковости само по себе не доказывает наличия шизофренического процесса, если нет очевидных признаков угасания продуктивности, которые следуют за гипопсихотическими вспышками даже при наличии алкоголизации. При подобной психопатической структуре личность сохраняет основные, присущие ей проявления стойкой деформации, но она не теряет обычную для нее продуктивность. При этом, естественно, не наблюдается «стирания» основного рисунка личности, подчас достаточно причудливого, совершенно нестандартного.

Картина так называемого эмоционального уплощения, нередко диагностируемая при алкоголизме, может представлять лишь проявления общей обедненности всех проявлений психики, в том числе и эмоций, что свойственно лицам, изначально примитивным, ограниченным. Тем не менее, они также сохраняют присущую им активность и не обнаруживают процессуальной динамики со снижением энергетического потенциала.

Наконец, острые бредовые психозы при алкоголизме также достаточно доказательно отличимы от шизофренических параноидов. Здесь необходимо иметь в виду, что параноидная шизофрения начинается относительно поздно (после 25–30 лет), как правило, эскалации процесса предшествует беспричинно развивающаяся (эндогенно) трансформация всей личности. Преобладающими признаками «сдвига» становятся следующие: нарастающая замкнутость, подозрительность, настороженность,

недоверчивость, нивелировка эмоциональных реакций. При этом, как правило, нет стимулов, способствующих алкоголизации, а если она и развивается, то преобладают все же признаки «эндогенно-процессуальной перестройки» всей личностной структуры. Бредовая вспышка, как об этом писал О.В. Кербиков, развивается часто внезапно, во многих случаях сопровождается бредом инсценировки с наличием двойников. Очень быстро появляются идеи физического или психического воздействия, галлюцинации носят преимущественно императивный характер, быстро трансформируются в псевдогаллюцинации по типу «манихейских». Если даже вспышке бреда предшествовал алкогольный эксцесс, то это не меняет эндогенной структуры всей картины статуса в целом. По мере стабилизации и редукции бредовой шизофренической симптоматики, как правило, личность выходит из такого приступа эмоционально значительно обедненной, со всеми признаками «неподвижности аффекта», по Э. Блейлеру, но без очевидных проявлений эмоциональной гиперэстезии и без достаточно четкого критического отношения к эпизоду и состоянию в целом.

Таким образом, при дифференциальной диагностике шизофрении и алкоголизма мы обязательно учитываем и особенности личности, и ее динамику, трансформацию. При этом эндогенный характер процесса определяет доминирование его контрастных свойств и признаков по сравнению и по отношению к экзогенно-органическому процессу алкогольного генеза.