

Особенности алкоголизма у больных шизотипическим расстройством, перенесших алкогольные психозы

ГОФМАН А.Г. д.м.н., профессор, руководитель отделения психических расстройств, осложнённых патологическими видами зависимости, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3; e-mail: gofman27@list.ru

ОРЛОВА М.А. младший научный сотрудник отделения психических расстройств, осложнённых патологическими видами зависимости, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3; e-mail: mary.a.orlova@gmail.com

Изучены особенности злоупотребления алкоголем у больных шизотипическим расстройством в сравнении с больными параноидной шизофренией. Представлены характеристики психотических состояний, развивающихся у больных шизотипическим расстройством, злоупотребляющих алкоголем.
Ключевые слова: шизотипическое расстройство, алкогольный психоз, алкоголизм

Введение

Шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10), или *малопрогрессирующая шизофрения*, несмотря на отсутствие эндоформных психотических состояний, обладает всеми признаками шизофренического процесса — стереотипом развития позитивных субпсихотических расстройств и нарастанием негативной симптоматики. Шизотипическое расстройство может протекать в виде самостоятельного заболевания, а может быть этапом развития более прогрессирующих форм шизофрении, например непрерывнотекущей параноидной шизофрении [11, 12, 17]. Так, в DSM-IV (2000 г.) указывается, что «со временем шизотипическое расстройство может переходить в шизофрению». Поэтому точная диагностика данного заболевания при однократном обследовании сложна. Вопрос представляется ещё более сложным, когда имеется злоупотребление алкоголем. В этом случае аффективные расстройства и другие проявления пограничного спектра, возникающие в рамках шизофрении, в большинстве случаев приписываются проявлениям алкоголизма. Так, субдепрессивные проявления, а также некоторые начинающиеся негативные расстройства — падение работоспособности, нарушение межличностных контактов (прекращение отношений с противоположным полом, сужение круга общения, потеря старых дружеских связей), пассивность и нежелание общаться — приписываются или проявлениям абстинентного синдрома, или нарушениям аффекта в структуре патологического влечения к спиртному. Изменение личности и образа жизни объясняют так называемой алкогольной деградацией. Вместе с тем, не учитываются

тот факт, что существует группа лиц, злоупотребляющих алкоголем, но имеющих высокую степень адаптации [16]. Помимо этого, алкогольная деградация не имеет ничего общего с шизофреническим дефектом. Характерные особенности преморбиды больных шизотипическим расстройством при возникновении в дальнейшем алкоголизации не учитываются.

На частое сочетание малопрогрессирующей шизофрении и алкоголизма указывают многие исследователи [2, 3, 7, 9, 10, 13, 14]. Изучались течение и клинические особенности шизотипического расстройства и алкоголизма [1, 7, 10, 13, 15], а также психотические состояния при малопрогрессирующей юношеской шизофрении [6]. По данным О.А. Малкова [7], из 36 больных малопрогрессирующей шизофренией у 6 чел. на фоне алкогольной интоксикации возникали делириозные расстройства. Автор считает, что эти психотические состояния, вызванные пьянством, не оказывают существенного влияния на прогрессирующую шизофренического процесса. Сходным образом, по данным С.А. Извольского [6], кратковременные экзогенные психозы (в том числе, и алкогольные) не меняют стереотипа течения вялотекущей шизофрении. По мнению Н.Н. Маслова [8], при сочетании простой формы шизофрении с алкоголизмом после очередных запоев и употребления больших доз алкоголя иногда возникают психотические эпизоды в форме алкогольного делирия, но рудиментарного, незавершённого, не сопровождающегося выраженным аффектом. В других случаях психотические эпизоды протекают в форме смешанных состояний, в основном, в виде алкогольного галлюциноза, а делириозная симптоматика имеет подчинённое значение. У ряда больных доминируют псевдогаллю-

цинации. Автор подчёркивает, что злоупотребление спиртными напитками вносит определённые изменения в клиническую картину простой формы шизофрении в виде возникновения не свойственных ей различных психозов. Взаимоотношения простой формы шизофрении и алкоголизма определяются степенью прогрессивности шизофрении и тем, какое из двух заболеваний возникает раньше. По данным И.В. Шлёминой [15], из 84 больных шизотипическим расстройством, сочетающимся с алкоголизмом, у 21 больного в состоянии похмелья возникали острые психотические состояния. Психозы протекали в виде делириев, галлюцинозов и кратковременных эндоморфных психозов. У 12 пациентов наблюдались повторные психотические состояния. В некоторых случаях впервые возникшие психозы были алкогольными, в дальнейшем структура психотических состояний была атипичной, с большой долей эндогенной симптоматики. После окончания психотических состояний обращали на себя внимание изменения личности больных, характерные для эндогенных процессуальных заболеваний.

Целью исследования было установление клинических особенностей алкоголизма у больных шизотипическим расстройством, у которых возникают алкогольные психозы.

Пациенты и методы

Обследование пациентов проводилось в 2008—2010 гг. на базе Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина. В исследование были включены 84 больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (А) или хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ)¹, находившихся на стационарном лечении в связи с возникновением после периода алкоголизации психотического состояния². Критерием отбора служило наличие периода алкоголизации непосредственно перед поступлением, а также злоупотребление алкоголем³ в течение как минимум последних 5 лет до госпитализации. Характер алкоголизации соответствовал критериям А (патологическое влечение к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром — ААС) или ХАИ.

Отбор больных производился с учётом диагностических критериев МКБ-10. Были обследованы 41 больной шизотипическим расстройством (1-я группа — Гр.1) и 43 больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения в качестве группы сравнения (2-я группа — Гр.2). Из исследования исключались больные тяжёлыми органическими пора-

жениями ЦНС, эпилепсией, аффективными расстройствами, страдающие тяжёлыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, а также больные, злоупотребляющие, помимо алкоголя, различными психоактивными веществами.

Процедура обследования включала в себя оценку психического статуса, получение анамнестических сведений (субъективных и объективных), анализ медицинской документации, катамнестическое прослеживание. Для проведения исследования была разработана специальная карта, которая включала в себя социально-демографические, анамнестические сведения, данные обследования (соматический, неврологический статус, психическое состояние). Также использовалась специально разработанная анкета для выявления особенностей злоупотребления алкоголем, которую больные шизофренией заполняли самостоятельно. Во время стационарного лечения пациенты обследовались терапевтом, невропатологом и другими специалистами, регулярно проводились лабораторные и инструментальные обследования. Каждый больной прошёл процедуру стандартного патопсихологического обследования. Для формализованной оценки состояния использовались следующие шкалы: валидизированная русскоязычная версия Шкалы позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS); шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS); шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS); шкала Калгари для оценки депрессии у больных шизофренией (CDSS). Качественные переменные и неправильно распределённые количественные анализировались с использованием непараметрических статистик — критерия χ^2 , критерия Манна—Уитни. Параметрические методы использовались для нормально распределённых количественных переменных (критерий Стьюдента). Статистический анализ проводился с использованием программ Excel 2007, Statistica 9.

Результаты

Возраст больных в Гр.1 колебался от 23 до 52 лет, в среднем — $36,6 \pm 7,5$ года. Почти половина больных (17 из 41 чел.) была в возрасте от 31 до 40 лет. В Гр.2 возрастной диапазон был несколько шире — от 24 до 59 лет, средний возраст — $41,2 \pm 10,2$. В целом, статистически достоверных различий между группами по возрасту не было (табл. 1).

В Гр.1 (шизотипическое расстройство) изначально уровень образования был несколько выше, чем в

¹ Под хронической алкогольной интоксикацией понималось многодневное непрерывное злоупотребление спиртными напитками в течение нескольких лет без сформированного алкогольного абстинентного синдрома (ААС).

² Под психотическим состоянием понималась манифестация или усиление продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, нарушения сознания, галлюцинаций, нарушений мышления, часто сопровождавшихся страхом, тревогой, изменениями поведения.

³ Злоупотребление алкоголем — употребление 2—3 раза в неделю и чаще алкоголя в дозах, вызывающих опьянение второй-третьей степени.

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

группе параноидной шизофрении, высшее образование встречалось чаще (табл. 2).

Ко времени обследования в Гр.1 работали только 10 чел. (24,4%), все по сменному графику, на рабочих специальностях. Из тех, кто получил высшее образование, работали только 2 пациента. В Гр.2 работали 4 пациента (9,3%).

Большинство пациентов проживало с родителями (табл. 3), этот показатель был близок к аналогичному в Гр.2. Больные шизотипическим расстройством были дезадаптированы в социально-бытовой и профессиональной сферах примерно в той же степени, что и больные параноидной формой шизофрении.

Частота правонарушений у больных шизотипическим расстройством была сопоставима с таким же показателем у больных параноидной шизофренией с

эпизодическим типом течения (табл. 4). Это соответствует данным литературы о большой социальной опасности больных шизотипическим расстройством, злоупотребляющих алкоголем [5, 18].

Вопрос о первичности или вторичности возникновения алкоголизма по отношению к шизофрении легко решаем, если шизофрения манифестирует острым психозом. В остальных случаях на начальных этапах симптоматика шизофрении течёт неспецифично, а патогномичная симптоматика оформляется намного позже. Это, прежде всего, относится к непрерывнотекущим формам, а в случае малопрогрессирующего процесса установить точное начало заболевания практически невозможно. Поэтому пришлось руководствоваться основным клиническим принципом — выделением ведущего синдрома. Злоупотребление алкоголем на на-

Таблица 1

Возраст обследованных больных

Возраст, лет	Шизотипическое расстройство (малопрогрессирующая шизофрения) — группа 1	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — группа 2
21—30	9	8
31—40	17	16
41—50	9	6
51—60	6	13
Итого	41	43

Таблица 2

Уровень образования обследованных больных

	Группа 1. Шизотипическое расстройство (малопрогрессирующая шизофрения)		Группа 2. Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения	
	Абс.	%	Абс.	%
Менее 8 классов	0	0,0%	3	7,0%
Неполное среднее	2	4,9%	6	14,0%
Полное среднее	4	9,8%	6	14,0%
Начальное профессиональное	13	31,7%	10	23,3%
Среднее профессиональное	9	22,0%	9	20,9%
Неполное высшее	3	7,3%	4	9,3%
Высшее профессиональное	10	24,4%	5	11,6%
Всего	41	100%	43	100%

Примечание. * — различия между группами статистически недостоверны

Таблица 3

Особенности проживания больных

Показатель	Шизотипическое расстройство — группа 1	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — группа 2
Проживает в семье (с детьми или другими родственниками)	9	8
Проживает с родителями	18	23
Проживает в одиночестве	14	12

чальных этапах заболевания выходило на первый план и определяло клиническую картину. Больные активно пользовались услугами как государственной, так и частной наркологической службы, использовались различные методики антиалкогольного лечения и на дому. У части больных манифестация шизофренического процесса, выражавшаяся в проявлениях гебоидного синдрома различной типологии и степени выраженности, сопровождалась массивной алкоголизацией с быстрым (от 2 до 4 лет) формированием ААС. В этих случаях начало А совпадало с началом формирования расстройств шизофренического спектра. Остальные пациенты начали злоупотреблять спиртным после первых манифестных проявлений.

У 26 больных шизотипическим расстройством (63,4%) злоупотребление алкоголем преобладало на начальных этапах эндогенного заболевания, у 15 пациентов (36,6%) активные проявления шизофренического процесса совпадали по времени или опережали проявления А. В Гр.2 соотношение было обратным, хотя достоверные различия отсутствовали (табл. 5).

Давность шизофренического процесса у пациентов из Гр.1 колебалась от 9 до 38 лет, в среднем — $23,9 \pm 7,1$ года. Давность шизофренического процесса у пациентов из Гр.2 колебалась от 4 до 46 лет, в среднем — $25,1 \pm 10,0$ лет. Статистически достовер-

ные различия между группами по этому показателю отсутствовали. Давность шизофренического процесса (начиная от инициальных расстройств) в Гр.1 у 75% пациентов составила от 15 до 30 лет. В Гр.2 распределение отличалось от нормального, можно было выделить 2 условных максимума: один — от 15 до 25 лет (49% пациентов), второй — от 30 до 45 лет (30% пациентов) (рис. 1).

Первое употребление алкоголя приходилось на возраст от 6 до 20 лет.

Средний возраст первых проб спиртных напитков достоверно не различался в группах и составил $13,4 \pm 2,9$ года. Условия начала систематической алкоголизации не различались в обеих группах, больные начинали употреблять спиртное в компании или в домашней обстановке. Больные шизотипическим расстройством на начальных этапах алкоголизации предпочитали спиртные напитки средней крепости (пиво, вино), больные из Гр.2 употребляли спиртное хаотично, в зависимости от доступности (коктейли, суррогаты, крепкие напитки). У многих больных было более двух мотивов перехода на регулярное употребление спиртного. В Гр.1 56,1% больных употребляли алкоголь для того, чтобы «поддержать компанию». С целью «избавиться от стеснительности, зажатости, облегчения общения» алкоголь употребляли 31,7% больных, 36,6% больных употреб-

Таблица 4

Количество правонарушений при различных формах шизофрении

Количество правонарушений		Форма шизофрении			
		Шизотипическое расстройство — группа 1		Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — группа 2	
		Абс.	%	Абс.	%
Административная ответственность	Не привлекались	22	53,7	20	46,5
	Привлекались до 3 раз	12	29,3	14	32,6
	Привлекались многократно (более 3 раз)	7	17,7	9	20,9
Уголовная ответственность	Не привлекались	27	65,9	28	65,1
	Привлекались однократно	7	17,1	13	30,2
	Привлекались 2 раза и более	7	17,1	2	4,7

Примечание. * различия между группами статистически недостоверны

Таблица 5

Первичность или вторичность возникновения эндогенного заболевания по отношению к алкоголизму

Подгруппа	Шизотипическое расстройство — группа 1		Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — группа 2	
	Абс.	%	Абс.	%
Злоупотребление алкоголем предшествовало клиническим проявлениям шизофрении	26	63,4	19	44,2
Клинические проявления шизофрении предшествовали развитию алкоголизма	15	36,6	24	55,8
Всего	41	100	43	100

Примечание. * — различия между группами статистически недостоверны

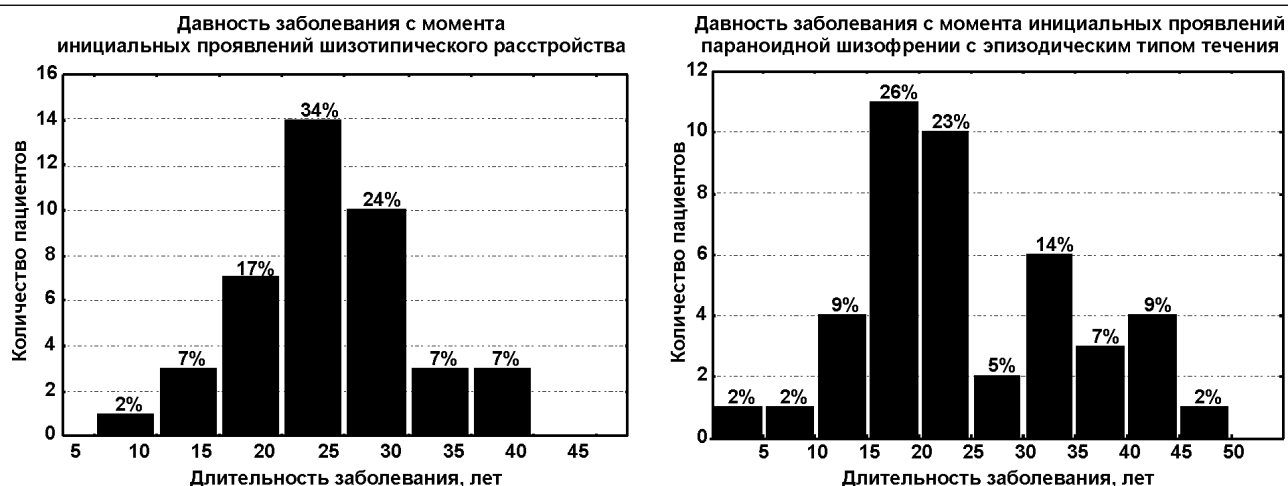


Рис. 1. Давность шизофренического процесса

ляли алкоголь «для расслабления или облегчения засыпания», а также «чтобы повысить настроение», «чтобы мир воспринимался интересней», «чтобы повысить тонус»; 36,6% больных сообщали, что «нравилось испытывать опьянение, кайф, эйфорию», 29,3% больных употребляли алкоголь потому, что в опьянении «голова лучше соображала», «изменялось течение мыслей», «было легче размышлять, фантазировать». В Гр.2 спектр мотивов был более скудным. Лишь у половины больных было несколько мотивов, 55,8% говорили о том, что «выпивали для удовольствия, кайфа, чтобы испытать приятные ощущения», только 10% отмечали, что «алкоголь повышал настроение», а 20,9% пациентов говорили, что «снижалась тревога», «становился менее стеснительным». В 41,9% случаев пациенты отмечали, что выпивали спиртное под влиянием компании, не имея собственных мотивов. Таким образом, спектр и характеристика мотивов алкоголизации различаются в зависимости от прогрессивности шизофренического процесса.

Основные характеристики развития алкоголизма в двух группах достоверно не различались (табл. 6).

В группе шизотипического расстройства (табл. 7) преобладал хронический А (87,8%), а в группе параноидной шизофрении — ХАИ (53,5%).

В случаях хронического А (56 пациентов) скорость формирования ААС (табл. 8), т.е. прогрессивность А, была высокой у большинства пациентов в обеих группах.

На момент обследования в обеих группах (86% и 90%) среди больных А (всего 56 чел.) преобладали пациенты со 2-й стадией А.

В Гр.1 в 83% случаев суточный уровень толерантности к этанолу превышал 600 мл (табл. 9), что соотносится с преобладанием в этой группе хронического А. Статистически достоверно преобладал уровень суточной толерантности к этанолу более 1000 мл, тогда как в Гр.2 (параноидная шизофрения) преобладал средний уровень — от 600 до 1000 мл.

Таким образом, более низкая прогрессивность шизофренического процесса достоверно чаще сочеталась с хроническим А и высокой толерантностью.

Длительность регулярного приёма спиртного до возникновения первого алкогольного психоза колебалась от 5 до 21 года и составила у пациентов Гр.1 в среднем 16,4±8,1 года. Длительность шизофренического процесса с момента инициальных проявлений до возникновения первого алкогольного психоза составляла в среднем 20,5±7,7 года (от 6 до 36 лет). В течение этого периода 12 пациентов обращались к наркологами по инициативе

Таблица 6

Средний возраст начала систематической алкоголизации, формирования ААС или установления ХАИ

Группа	Показатель			
	Средний возраст первого употребления алкоголя	Средний возраст начала систематической алкоголизации	Средний возраст формирования ААС при хроническом алкоголизме	Средний возраст установления ХАИ
1. Шизотипическое расстройство	13,3±3,1 (6—18)	18,2±3,8 (13—25)	24,3±5,9 (15—40)	22,0±9,7 (12—36)
2. Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения	13,5±2,8 (7—20)	19,8±7,1 (12—40)	24,7±5,4 (17—35)	22,8±8,1 (13—47)

Примечание. * — различия между группами статистически недостоверны

родственников, 5 пациентов — за наркологической помощью самостоятельно, 24 пациента были впервые госпитализированы по поводу алкогольного психоза. Наркологическая помощь в основном сводилась к купированию ААС и проведению кратковременной детоксикационной терапии, 10 больных (24,3%) лечились с помощью методик опосредованной психотерапии в рамках частной наркологической помощи. У пяти больных периоды воздержания от алкоголя длились более 6 мес. Все 17 больных, получавших лечение, отмечали периоды воздержания от спиртного длительностью от 1 до 6 мес. В периоды воздержания образ жизни пациентов не менялся, они ожидали, «пока кончится срок», и возобновляли пьянство.

Из 41 больного впервые на момент обследования были госпитализированы 8 чел., остальные стационарировались на протяжении жизни от 2 до 42 раз. За весь период злоупотребления алкоголем больные малопрогредиентной шизофренией стационарировались 204 раза (табл. 10), 113 поступлений (55,4%) были вызваны развившимися психотическими состояниями.

Остальные поступления (n=91, 44,6%) были связаны с неправильным поведением во время ААС или в состоянии опьянения. Употребление спиртного предшествовало госпитализации более чем в 90% случаев. Частота стационарирования в подгруппе ХАИ оказалась в 3 раза большей, чем в подгруппе хронического А. Это может объясняться тем, что у лиц с более тяжёлым течением шизотипического расстройства, с частыми обострениями или выраженными нарушениями поведения злоупотребление алкоголем принимает форму ХАИ, а не хронического А. Повторные психозы чаще возникали при психопатоподобном варианте малопрогредиентной шизофрении. В свою очередь, доминирующая психопатоподобная симптоматика часто была инициальным этапом развития более прогредиентных форм шизофрении.

Частота стационарирований в расчёте на одного пациента в подгруппе ХАИ достоверно не различается в обеих группах и составляет 14,6 для группы шизотипического расстройства и 11,8 — для группы параноидной шизофрении (табл. 10). Средняя частота со-

Таблица 7

Характер злоупотребления алкоголем

Группа	Алкоголизм		Хроническая алкогольная интоксикация		Всего по группам, N=107 (100%)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Шизотипическое расстройство (n=41)	36	87,8*	5	12,2	41	100
2. Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения (n=43)	20	46,5	23	53,5*	43	100

Примечание. * — различия между группами статистически достоверны, p<0,05

Таблица 8

Темп формирования хронического алкоголизма

Темп формирования алкоголизма	Формы расстройств шизофренического спектра	
	Шизотипическое расстройство — группа 1	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — группа 2
Молниеносный (1—2 года)	2	1
Быстрый (3—6 лет)	23	18
Средний (7—15 лет)	11	1
Медленный (более 16 лет)	—	—
Итого	36	20

Таблица 9

Уровень толерантности к алкоголю у больных двух групп

Толерантность	Шизотипическое расстройство — группа 1		Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения — группа 2	
	Абс.	%	Абс.	%
До 500 мл	7	17	8	18,6
От 600 до 1000 мл	17	41,5	28	65,1*
Более 1000 мл	17	41,5*	7	16,3

Госпитализации больных и форма злоупотребления алкоголем

Группа: Форма шизофрении	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения (n=43)		Шизотипическое расстройство (n=41)	
	Хроническая алкогольная интоксикация	Алкоголизм	Хроническая алкогольная интоксикация	Алкоголизм
Подгруппа: Характер злоупотребления алкоголем				
Количество человек в подгруппе	23	20	5	36
Общее количество стационарований в подгруппе	271	201	73	144
Частота стационарований на одного пациента в подгруппе	11,8	10,1	14,6	4
Частота стационарований на одного пациента в группе	10,9		4,9	
Число стационарований с предшествующей алкоголизацией (абсолютные величины)	164	129	66	138
Число стационарований с предшествующей алкоголизацией (% к общему числу стационарований в данной группе)	60,5	64,2	90,4*	95,8**
Общее число стационарований	472		217	
Примечание. Различия статистически достоверны между подгруппами ХАИ (*), между подгруппами алкоголизма (**), p<0,0001				

ставила 4,9 и 10,9 соответственно. При шизотипическом расстройстве достоверно чаще, чем при параноидной шизофрении, госпитализациям предшествовало злоупотребление алкоголем. В подгруппе больных А и шизотипическим расстройством больные госпитализировались после предшествующей алкоголизации в 95,8% случаев по сравнению с 64,2% случаев госпитализаций при параноидной шизофрении.

Из 32 больных шизотипическим расстройством с повторными алкогольными психозами 14 пациентов перенесли 2 психоза, 6 пациентов — 3 психоза, 6 пациентов — 4 психоза, 4 пациента — 5 психозов, 2 пациента — 6 психозов (учитывались госпитализации в связи с психотическим состоянием).

Доля различных алкогольных психозов у больных малопрогрессирующей шизофренией отражена на рис. 2.

Как следует из рис. 2, чаще всего возникали abortивные формы алкогольных психозов (abortивные делирии

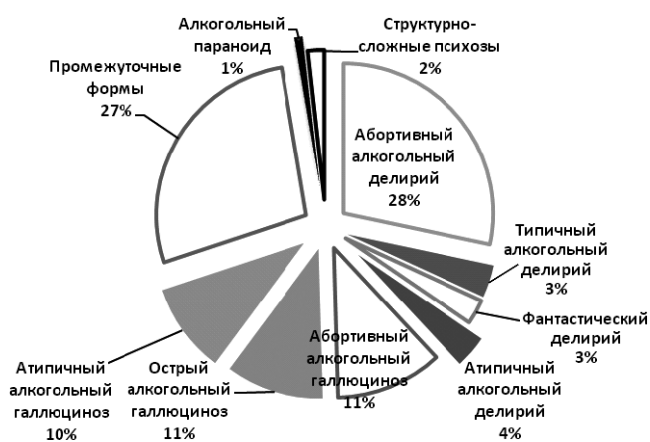


Рис. 2. Виды алкогольных психозов у больных шизотипическим расстройством (число психозов=113)

— 28,3% и abortивный алкогольный галлюциноз — 11,5%). Острые алкогольные галлюцинозы развивались в 10,6% наблюдений. В 27,4% наблюдений встречались промежуточные формы (чередование вербального галлюциноза и делирия, смена вербального галлюциноза делирием, появление делирия на высоте вербального галлюциноза, появление на высоте вербального галлюциноза делириозно-онейроидного помрачения сознания, вербальный галлюциноз с делириозными включениями, abortивный психоз с делириозной и галлюцинаторной симптоматикой). Лишь в двух случаях наблюдались структурно сложные алкогольные психозы в виде смены алкогольного параноида вербальным галлюцинозом и алкогольным делирием или abortивным делирием и бредовым поведением. Частота возникновения различных алкогольных психозов у больных малопрогрессирующей шизофренией отражена в табл. 11.

При повторных психозах возрастает частота атипичных делириев, алкогольных галлюцинозов. Так, например, из семи больных, перенесших 5 и более алкогольных психозов, пятый по счёту психоз в четырёх случаях — это алкогольный галлюциноз. Не удаётся обнаружить особый стереотип динамики алкогольных психозов, характерный для изолированного алкоголизма.

Больных шизотипическим расстройством можно было разделить на три группы: группа с преобладанием аффективных расстройств — 10 пациентов, с преобладанием психопатоподобных расстройств — 22 пациента, по типу «бедная симптомами» — 9 пациентов.

Те или иные формы алкогольных психозов преобладают при различных вариантах малопрогрессирующей шизофрении. При психопатоподобной шизофрении преобладают алкогольные галлюцинозы, при «бедной симптомами» — промежуточные формы.

Виды алкогольных психозов, возникавшие у больных малопрогредиентной шизофренией за весь период одновременного существования двух заболеваний

Вид алкогольного психоза	Абс.	%
Абортивный алкогольный делирий	32	28,3%
Типичный алкогольный делирий	4	3,5%
Фантастический делирий	3	2,7%
Атипичный алкогольный делирий	4	3,5%
Абортивный алкогольный галлюциноз	13	11,5%
Острый алкогольный галлюциноз	12	10,6%
Атипичный алкогольный галлюциноз	11	9,7%
Промежуточные формы	31	27,4%
Алкогольный параноид	1	0,9%
Структурно-сложные психозы	2	1,8%
Всего	113	100,0%

Обсуждение

Результаты проведенного исследования подтверждают данные о том, что при шизотипическом расстройстве преобладает истинный алкоголизм, отмечается высокая толерантность к алкоголю, обострения эндогенного заболевания провоцируются пьянством. В то же время для тех больных, у которых возникают алкогольные психозы, характерны довольно раннее начало систематического пьянства, преобладание психопатоподобных расстройств, социальная, профессиональная дезадаптация, частые госпитализации, повышенная криминогенность.

Поскольку инициальный этап шизотипического расстройства маскируется злоупотреблением алкоголем, уже на самых первых этапах эндогенного заболевания очень важно знать особенности алкоголизма. Это необходимо для своевременной диагностики шизофренического процесса и проведения активной терапии. Средний возраст начала систематической алкоголизации в этой группе больных составляет $18,2 \pm 3,8$ года. Мотивы алкоголизации больных шизотипическим расстройством отличаются от мотивов больных параноидной шизофренией. Преобладают попытки «самолечения», больные пытаются справиться с неврозоподобной, аффективной и начинающейся негативной симптоматикой — астенией, тревожностью, напряжением, бессонницей. Этот переход к систематической алкоголизации у больных происходит в возрасте от 13 до 18 лет, на фоне начинающегося шизофренического процесса при повышенной чувствительности к нормальным для этого возраста стрессорам. Прогрессиентность А у большинства больных шизотипическим расстройством высокая. Характерна тяжесть проявлений ААС, не препятствующая в дальнейшем продолжению алкоголизации.

Большинство пациентов до первой в жизни госпитализации в связи с психозом не получает специфического лечения, хотя давность шизофренического процесса исчисляется многими годами (в среднем 20 лет). Это говорит об актуальности распознавания малопрогредиентной шизофрении у больных, стационарирующихся по поводу алкогольных психозов. Чаще всего у больных шизотипическим расстройством возникали abortивные алкогольные психозы в виде abortивного делирия (28,3%) и abortивного алкогольного галлюциноза (11,5%). Острые алкогольные галлюцинозы встречались в 10,6%; в 27,4% наблюдений — промежуточные формы (сочетание и чередование галлюциноза и делирия). При этом у больных отсутствуют алкогольные изменения личности, нарушения мышления по органическому типу. Часто отмечаются наличие своеобразной мимики, моторики, замкнутости, пугливости, подозрительности, отгороженности, не критичности к пьянству и своему образу жизни, отсутствие планов на будущее. Все изменения личности характерны для шизофрении, равно как и нарушения мышления и эмоционально-волевой сферы, выявляемые при стандартном патопсихологическом исследовании.

Особенное значение имеет вариант шизотипического расстройства с преобладанием психопатоподобных проявлений. При этом варианте чаще, чем при других, возникают алкогольные галлюцинозы. При госпитализации в психиатрический стационар в связи с острым алкогольным психозом наблюдается контраст между агрессивным, эгоцентрическим поведением в домашней обстановке, и пассивной подчиняемостью в стационаре. Характерны стереотипное поведение, безынициативность, отсутствие жалоб или просьб о выписке. Только при наличии полных объективных анамнестических сведений, а также обнаружении нарушений мышления по данным патопсихологического обследования

можно заподозрить наличие психопатоподобного фасада шизофренического процесса.

Употребление спиртного предшествует госпитализациям более чем в 90% случаев, что намного чаще, чем при параноидной шизофрении. Почти половина от общего числа госпитализаций вызвана неправильным поведением в состоянии опьянения или в похмелье.

Своевременное распознавание шизотипического расстройства и адекватное лечение больных будут способствовать их скорейшему восстановлению. Необходимо не только назначение антипсихотиков, антидепрессантов и других психофармакологических препаратов, но и использование психотерапевтических методик, выбор которых определяется прогрессивностью шизофренического процесса и особенностями психического состояния.

Список литературы

1. Беляев Б.С. Юношеская психопатоподобная (гебоидная) шизофрения со злоупотреблением алкоголем (клиника, дифференциальный диагноз, лечение и прогноз): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1978. — 204 с.
2. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
3. Гофман А.Г., Паничева Е.В. К вопросу об организации психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — №2. — С. 95—99.
4. Забродин Г.Д. Влияние алкогольной интоксикации на течение ремиссий при шизофрении: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1964. — 432 с.
5. Иванова М.Е. Отдаленный катамнез больных шизофренией, принятых невменяемыми (клинико-социальный аспект): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2008. — 176 с.
6. Извольский С. А., Психотические состояния, возникающие в течении юношеской психопатоподобной гебоидной шизоф-

рени. (Клиника, вопр. прогноза): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1981. — 268 с.

7. Малков О.А. К вопросу об алкогольных психозах у больных вялотекущей шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1978. — №8. — С. 1366—1369.

8. Маслов Н.Н. Клиника и судебно-психиатрическое значение простой формы шизофрении, осложнённой хроническим алкоголизмом: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1973. — 160 с.

9. Овсянников М.В. Аддитивные расстройства у больных шизофренией: (клинико-биохимическое исследование): Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2008. — 42 с.

10. Павлова И.В. Клинические особенности шизофрении, осложнённой алкоголизмом: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1960. — 249 с.

11. Снежневский А.В. Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.) / Под ред. В.С. Ястребова. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 160 с.

12. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — Вып. 11. — С. 4—15.

13. Тульская Т.Ю. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных малопрогредиентной шизофренией: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — СПб., 2004. — 148 с.

14. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клинико-эпидемиологическое исследование): Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1984. — 225 с.

15. Шлёмина И.В. Клиника шизотипического расстройства (малопрогредиентной шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2009. — 277 с.

16. Яшкина И.В. Клиника алкоголизма у лиц с высоким уровнем социально-трудовой адаптации: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1995. — 21 с.

17. Parnas J., Raballo A., Handest P., Jansson L., Vollmer-Larsen A., Saebye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the copenhagen prodromal study // World psychiatry. — 2011. — Vol. 10(3). — P. 200—204.

18. Raine, S. Bihrl, P.H. Venables, S.A., Pollock V. Skin-conductance orienting deficits and increased alcoholism in schizotypal criminals // Journal of abnormal psychology. — 1999. — Vol. 108(2). — P. 299—306.

CLINICAL FEATURES OF ALCOHOLISM, WHICH COMORBIDING WITH SCHIZOTYPICAL PERSONALITY DISORDER

GOFMAN A.G. Dr. of Med. Sci., Professor, Head of Department for comorbid mental and addictive disorders, Moscow Research Institute of Psychiatry, e-mail: gofman27@list.ru

ORLOVA M.A. MD, Junior research associate, Department for comorbid mental and addictive disorders, Moscow Research Institute of Psychiatry, e-mail: mary.a.orlova@gmail.com

Clinical features of schizotypal personality disorder and comorbid alcohol abuse/dependence compared to paranoid schizophrenia comorbid with alcohol misuse were presented. The alcohol-induced psychotic disorders in patients with schizotypal personality disorder and comorbid alcohol misuse were analyzed.

Key words: schizotypal personality disorder, alcohol-induced psychotic disorder, alcoholism