

**Д.Н. КИСЕЛЕВ, Д.И. ШУСТОВ, А.К. ГАЖА, С.В. ИГНАТЬЕВ**

УДК 616.89:616.89-008.441.33

Рязанский государственный медицинский университет

Тамбовская психиатрическая больница

Рязанский областной клинический психоневрологический диспансер

## Пациенты с сочетанием психиатрической и наркологической патологии

**Шустов Дмитрий Иванович**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии

390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, д. 9, тел. 8-910-902-04-05, e-mail: dmitri\_shustov@mail.ru

*Представлены данные сравнительной характеристики пациентов с сочетанной с алкогольной зависимостью психической патологией, состоящих в различных группах диспансерного наблюдения. Основную группу (активного диспансерного наблюдения) составили 33 пациента, контрольную (диспансерного наблюдения) — 75 пациентов. Показаны различия между группами, связанные с диссоциальной личностной «почвой», особенностями алкогольной составляющей сочетанного расстройства и различной чувствительностью к психотерапии.*

**Ключевые слова:** психиатрические болезни, наркологическая зависимость, диспансерное наблюдение.

**D.N. KISELEV, D.I. SHUSTOV, A.K. GAZHA, S.V. IGNATIEV**

## Patients with combination of psychiatric and drug pathology

*Data the comparative characteristics of patients with combined with alcohol dependence, mental disorders (108), consisting of different groups of follow-up are presented. The main group (active medical check-up) were 33 patients, control group (regular check-up) — 75 patients. Differences between the groups related to an antisocial background, specific traits of the alcohol-use component of the comorbid disorder, and different responsiveness to psychotherapy are shown.*

**Keywords:** mental illness, substance abuse dependency, outpatient observation.

Современные тенденции повышения роли амбулаторного звена помощи лицам, страдающим психическими расстройствами [14], предполагают улучшение координации наблюдения пациентов с сочетанной патологией, то есть пациентов, страдающих от алкогольной зависимости и иных психических расстройств неалкогольной этиологии [1, 2, 11]. В системе современного диспансерного наблюдения — и в наркологических диспансерах (НД), и в психоневрологических диспансерах (ПНД) — специального учета таких пациентов не ведется. Между тем сочетание алкогольной зависимости, например, с шизофренией, способствует совершению числа общественно-опасных действий (ООД) в 38,8% случаев, тогда как контингентом, страдающим только от шизофрении, — 8,5%. Можно отметить рост числа противоправных поступков, совершаемых больными с сочетанной патологией: если 17 лет назад таковых было 25%, то в 2003 г. — почти 39% [3]. Указанные цифры подчеркивают социальную значимость и актуальность специального наблюдения за этой категорией пациентов. Дис-

пансерное наблюдение за пациентами, склонными к ООД, осуществляется в рамках группы «активного диспансерного наблюдения» (АДН), поэтому целью настоящей работы стало выявление существенных различий в социодемографическом, психопатологическом и наркологическом статусах среди пациентов с сочетанной патологией, находящихся на обычном (ДН) и активном диспансерном наблюдении (АДН).

Проведено клиническое обследование 108 пациентов — 93 (86,1%) мужчин и 15 (13,9%) женщин, страдающих психическими расстройствами, сочетанными с алкогольной зависимостью. Все пациенты наблюдались и состояли на диспансерном учете в Рязанском ПНД (76 чел.) и Тамбовском ПНД (32 чел.). Поскольку специальной статистики указанного контингента официально не ведется, обследованию предшествовала работа по выявлению соответствующих лиц. При этом исследовался весь объем учетной медицинской документации диспансеров, а именно — 3 974 амбулаторные карты больного (формы № 200, № 203/у) в Рязани и 2600 амбулаторных карт в Тамбо-

ве. Основной контингент был обследован амбулаторно: либо во время очередного визита пациента на осмотр в диспансер, либо во время активного выезда к пациенту на дом. В последнем случае с согласия больного вся беседа фиксировалась на диктофон и изучалась при дальнейшем прослушивании. Пациенты также знакомились с формой информированного согласия.

**Таблица 1.**  
**Некоторые социодемографические, психиатрические и наркологические показатели у пациентов основной и контрольной групп**

Показатели	Группа АДН (33 чел.)	Группа ДН (75 чел.)
Средний возраст, лет	39,33±1,7*	46,43±1,3
Синдром деменции (%)	6,06*	18,8
Депрессивно-параноидный синдром (%)	15,15*	1,3
Психопатоподобный синдром (%)	45,45*	24
Симптоматическая алкогольная зависимость (%)	12,1*	38,7
Истинная алкогольная зависимость у больных шизофренией (%)	42,5*	20
Симптоматическая алкогольная зависимость у больных шизофренией (%)	12,1*	30,7
Симптоматическая алкогольная зависимость у «органиков» (%)	0	8
Возраст регулярного употребления алкоголя (лет)	18,6±1,07*	21,4±0,9
Начало злоупотребления до 25 лет (%) (P=0,07)	42,42	25,3
Начало злоупотребления после 25 лет (%)	39,4	52
Алкогольные психозы (%)	12,5*	32,9
Метод «кодирования» (%)	63,6*	40,7
Срыв на фоне «кода» (%)	57,1*	90,9
Максимальная длительность ремиссии (мес) (P>0,05)	20±7,4	11,1±7,5
Агрессия в состоянии опьянения (%)	90,3*	76,1
Агрессия в трезвом виде (%)	61,3*	28,4
Созависимость (%)	54,5*	34,7
Облегчение (смягчение) симптоматики, позитивное влияние на прогрессивность процесса вследствие употребления алкоголя (%)	9*	25,3
Потенцирование агрессии вследствие употребления алкоголя (%)	57*	21

\* — (P<0,05)

В качестве основного был использован клинико-психопатологический метод обследования, позволявший

диагностировать наркологическую и психиатрическую составляющую сочетанного расстройства, согласно МКБ-10, и стадии «хронического алкоголизма» по И.В. Стрельчуку [9], а также критерии глоссария «Стандартизованные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов» [5]. Прогрессиентность алкогольной зависимости оценивалась по скорости формирования алкогольного абстинентного синдрома [7]. Динамика личностных расстройств оценивалась по рекомендациям Фелинской Н.И. с соавт. [10]. Психопатологические синдромы эндогенного спектра верифицировались согласно критериям клинической оценки [4]. Аутоагрессивность основной и контрольной групп исследовалась методом полуструктурированного интервью [13]. В качестве стимульного материала была использована анкета, состоявшая из четырех блоков: формального (1), психиатрического (2), наркологического (3), аутоагрессивного (4). При проведении статистической обработки материала использовались количественные и качественные показатели, рассчитывалась достоверность результатов исследования. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости P<0,05. Статистический анализ проводился с применением программы Excel 2000 и Statistica 5.5.

#### Результаты и их обсуждение

Пациентов с сочетанной с алкогольной зависимостью психической патологией, по данным Рязанского областного клинического ПНД, оказалось 76 человек, или 1,76% от всего взрослого контингента, состоящего на диспансерном учете. Пациентов с сочетанной с алкогольной зависимостью психической патологией, по данным Тамбовского областного ПНД, — 235 человек, или 9% от всего контингента, состоящего на учете. Столь различные данные учета были связаны с особенностями организационной структуры психиатрической и наркологической помощи в Тамбове, которая более координирована и осуществляется на принципах преемственности, что позволяет лучше выявлять и, следовательно, наблюдать пациентов с «двойным» диагнозом. В основное исследование вошли все 76 человек из Рязани и 32 человека из Тамбова.

Основную группу составили пациенты при их активном диспансерном наблюдении (группа АДН), которое осуществлялось за 33 (31%) обследованными лицами. Контрольную группу составили 75 человек (69%) при обычном диспансерном наблюдении (группа ДН).

Основная группа оказалась моложе контрольной (P<0,05) за счет преобладания пациентов в группе АДН до 30 лет, снижения их числа после 50 лет и отсутствия пациентов старше 60 лет. Подобные различия могут быть поняты с точки зрения основного критерия разделения этих групп — склонности к ООД, а также к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Так, экстрапунитивная антисоциальная агрессия с возрастом имеет тенденцию к стабилизации и даже «выгоранию» [6], как, собственно, и прекращение по мере нарастания шизофренического дефекта и старения употребление спиртного [3] — катализатора ООД, что, возможно, приводит к снятию АДН. С другой стороны, повышенный аутоагрессивный потенциал может способствовать снижению продолжительности жизни и ранней гибели от разного рода насильственной смерти пациентов основной группы. Группы АДН и ДН не различались между собой по нозологической структуре психиатрической составляющей коморбидного расстройства. В синдромальном отношении в группе АДН статистически чаще регистрировались депрессивно-параноидный синдром (за счет пациентов с шизофренией) и психопатоподобный, статистически реже — дементный за счет меньшей представленности этого контингента в общественно опасной группе. Что касается психопатоподобного син-



**Таблица 2.**  
Показатели сравнения группы с антисоциальным преморбидом с соответствующей контрольной группой (%)

Показатели (P<0,05)	Шизофр. +алк. (49 чел.)	Антисоц. + шизофр. +алк. (15 чел.)
АДН	24,48	66,67
Служба в армии	44,9	26,67
Истинный алкоголизм	42	66,7
Симптоматический алкоголизм	44	20
Начало злоупотребления до 25 лет	23,7	66,67
Начало злоупотребления после 25 лет	68,4	33,33
Созависимость	34,7	50
Парасуицид	25,5	53,33
Рискованное поведение	18,4	45,45
Судимость	33,3	86,67
Нарушение норм морали и нравственности	23,1	60
Самоповреждение	26,3	53,85
Частые переломы костей (больше 1)	5,1	27,27
Сигаретные ожоги	14,7	54,55

дрома, то, на первый взгляд, он отражает психопатоподобный дефект при шизофрении (1), психопатоподобную органическую симптоматику, или «органическое личностное расстройство» (2), либо алкогольные изменения личности — «алкогольная личность» (3). Однако при более пристальном изучении случаев с психопатоподобным синдромом было установлено, что существует значительная часть пациентов (15 чел.), из которых 11 составляют группу АДН, имеющих в раннем и подростковом анамнезе указания на патологию личности диссоциального плана. При этом ни развернутой картины алкоголизма, ни дебюта шизофрении не определялось. Более того, клинические критерии, демонстрируемые этими пациентами, свидетельствовали о наличии у них личностного расстройства. По мере взросления психопатические черты сохранялись, а аномальное поведение соответствовало возрасту и новому положению пациентов. Так, многие из них совершали преступление и были осуждены (судебно-психиатрическая экспертиза не определила у них процессуального расстройства), некоторые проходили военно-психиатрическую экспертизу и также освобождались от службы в армии на основании статьи 7 (психопатия, личностные расстройства). На протяжении всей жизни эти лица были склонны к совершению криминальной и антисоциальной деятельности. Они не оставили ее и при присоединении к личностному расстройству алкогольной зависимости, а затем и шизофрении (очень часто в таких случаях дебют шизофрении приходился на время нахождения в тюрьме). Примерно в половине случаев дебют шизофрении предшествовал развитию алкогольной зависимости, но, так или иначе, на момент нашего освидетельствования данных лиц все они могли быть диагностированы как имеющие личностное расстройство диссоциального плана, шизофрению и алкогольную зависимость. Сравнивая эту но-

вую группу (антисоц.+шизофр.+алк.) с группой шизофрении, сочетающейся с алкогольной зависимостью (шизофр.+алк.), мы констатировали более частое наблюдение в группе АДН и судимость, меньшую частоту случаев нахождения в армии, более раннее начало злоупотребления алкоголем (до 25 лет), превалирование истинного алкоголизма над симптоматическим и наличие многочисленных и разнообразных созависимостей, увеличение числа парасуицидов и самоповреждений, переломов костей, ожогов, склонности к рискованному поведению и нарушению норм морали и нравственности (таблица 2). Все вышеизложенное позволяет считать выделенную группу сердцевиной основной группы пациентов с АДН, где личностные особенности (или личностная структура) во многом обуславливают социальную опасность данной группы, их склонность к совершению преступлений и ООД.

Таким образом, отметим, что специфику АДН группы, с точки зрения психиатрической составляющей, во многом определяет «недиагностируемая» личностная патология. Вместе с тем исковое различие, обуславливающее специфику группы АДН и, следовательно, направления диагностики, формирования группы наблюдения, превенции аутоагрессивных актов, преступлений и ООД, лечения и реабилитации, скорее всего, связаны с особенностями личностной организации и наркологической составляющей сочетанного расстройства.

Следует констатировать преобладание истинного алкоголизма в группе АДН, который в основном предшествовал развитию шизофрении. В группе же ДН симптоматический алкоголизм встречался чаще и у страдающих шизофренией, и у «пациентов-органиков». Подчеркнем, что симптоматический алкоголизм носит «лечебный», совладающий характер, подмеченный еще Гретером и Крепеллиным. В группе АДН было меньше алкогольных психозов, больше ко-зависимости и «агрессивности» в пьяном и трезвом виде (таблица 1).

Неожиданным оказался положительный ответ пациентов группы АДН на психотерапевтическую методику «кодирование», где почти каждый второй пациент формировал стойкую терапевтическую ремиссию (таблица 1). Это наблюдение свидетельствует о возможности психотерапевтической наркологической реабилитации этих пациентов, которой несправедливо пренебрегают (поскольку в НД состоит на учете лишь мизерная часть этого контингента). По-видимому, ремиссия алкогольной составляющей сочетанного заболевания не приведет к общему ухудшению ситуации со стороны психиатрического заболевания, поскольку истинный алкоголизм в АДН-варианте отнюдь не лечебный, а алкоголизация приводит к усилению агрессивных и аутоагрессивных паттернов практически у всех (90,9%) членов группы.

Последнее исследование касалось изучения мотивации употребления алкоголя психически больными людьми разных групп. Изучались отчеты и документы с целью определить, какое действие оказывает интенсивная алкоголизация на симптомы и синдромы сочетающейся психической патологии. В группе АДН были определены негативные эффекты алкоголизации — тенденцию к стимуляции срывов и обострений симптомов психического расстройства и стимуляцию агрессивного поведения. В группе ДН были получены статистически достоверные отличия, свидетельствующие о смягчающем, лечебном и препятствующем прогрессивности эндогенного и органического заболевания действии алкоголя. В этом контексте становились понятными негативные ответы на антиалкогольную терапию в группе ДН. Именно поэтому изолированное лечение алкогольной составляющей сочетанного расстройства зачастую приводит к обострению шизофренической симптоматики. Действие алкоголя у многих пациентов группы ДН приближалось к классическому, когда эйфоризирующий,



седативный, транквилизирующий, антидепрессивный эффект оказывал своего рода терапевтическое действие. У пациентов же группы АДН такого не наблюдалось. Косвенно, негативное, «депрессогенное» [8] действие алкоголя в этой группе подтверждает статистически достоверное ( $P < 0,05$ ) преобладание в группе АДН лиц, имеющих созависимость (фармакологической и нефармакологической природы), наблюдающуюся у каждого второго пациента.

Таким образом, своеобразие группы АДН по сравнению с группой ДН связано, помимо основного группообразующего фактора — наличие ООД, с присутствием более молодого контингента наблюдаемых, наличием преморбидной антисоциальной почвы, зачастую соответствующей критериям диссоциального расстройства личности. Наркологическая составляющая группы АДН во многом определяет склонность пациентов этой группы к агрессивному и аутоагрессивному поведению за счет преобладания истинных форм алкогольной зависимости над симптоматическими, более высокой прогрессивности и отсутствия «облегчающего» (способствующего совладанию с социальными проблемами) действия алкоголя. Последнее способствует более частому диагностированию различных созависимостей как фармакологической, так и нефармакологической природы. Вместе с тем проведенное исследование подчеркивает два важных аспекта оптимизации данной проблемы — это организационный, когда хорошая координация психиатрической и наркологической служб влияет на выявляемость лиц с сочетанной патологией, а также терапевтический аспект, когда лечебные психотерапевтические программы могли бы использоваться и, в частности, для профилактики ООД лиц с сочетанной патологией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бузик О.Ж., Агибалова Т.В. Коморбидные расстройства у больных с зависимостью от алкоголя // Российский медико-биологический вестник. — 2008. — № 3. — С. 79-85.
2. 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.
3. Гофман А.Г., Малков К.Д., Яшкина И.В., Кожина Т.А. Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом // Наркология. — 2003, № 5. — С. 35-39.
4. Жариков Н.М., Либерман Ю.И., Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией (методическое письмо). — М., 1970. — 75 с.
5. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.П. и др. Глоссарий. Стандартизованные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов (Метод. рекомендации). — М., 1976. — 63 с.
6. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. — М.: Класс, 2003. — 480 с.
7. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Влияние личностного фактора на прогрессивность хронического алкоголизма // Алкоголизм (Клинические, терапевтические, патогенетические и судебно-психиатрические аспекты). — М., 1981. — С. 3-8.
8. Ойфе И.А. Особенности клиники эндогенной депрессии и злоупотребления алкоголем при их сочетании // Шестой Всероссийский съезд психиатров. 24-26 октября 1990 года, г. Томск (тезисы докладов). — М., 1990. — Т. 11. — С. 172-174.
9. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М.: Медицина, 1966. — 331 с.
10. Фелинская Н.И., Чибисов Ю.К. Глоссарий «Стандартизованные психопатологические синдромы для унифицированной оценки психопатий» (Метод. рекомендации). — М., 1975. — 57 с.
11. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по наркологии: в 2 т./ под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 385-408.
12. Шумаков В.М. Актуальные вопросы теории и практики социальной реабилитации психически больных в аспекте профилактики антисоциального поведения // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — Тезисы докладов, 25-28 октября 1988 г. — Москва. — М., 1988. — Т. 1. — С. 156-158.
13. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью (Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов). — М., 2000. — 20 с.
14. Ястребов В.С. Внебольничная помощь — основное звено психиатрической службы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 46-51.

## НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

### ГЕМИПЛЕГИЯ И ГЕМИПАРЕЗ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ МОТОРИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Недавно ученые задались целью установить, как именно изменяются воспоминания о болезненных и крайне неприятных событиях в жизни человека во время сна. Группа исследователей из Университета штата Калифорния анализировали эмоциональные образы, испытываемых до и после сна. В результате был сделан простой вывод — после продолжительного сна у человека проявляется значительно меньшая активность в области головного мозга, ответственного за эмоции, и в значительной степени активизируется область, ответственная за рациональное мышление. В результате состояние человека в значительной степени улучшается, и он значительно легче переживает болезненные воспоминания — убеждены ученые. Большинству людей приходится иметь дело с травматическими событиями в некоторый момент их жизни, а некоторых это может вызвать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в результате чего мысли о тех событиях будут возвращаться снова и снова на протяжении длительного периода времени. Возможно, новое исследование позволит ученым лучше понять, как можно эффективно справляться с данной проблемой.

По мнению исследователей, наиболее позитивные изменения в плане обрабатывания негативных мыслей происходят в так называемой фазе быстрого сна, которая занимает порядка 20% всего времени, которое мы проводим в постели. Доктор Мэттью Уолкер (Matthew Walker), который возглавлял исследование, также отметил: "Как мы знаем, во время быстрого сна происходит резкое снижение норадреналина, гормона, связанного со стрессом, и это также может быть напрямую связано с подавлением негативных эмоций".

<http://www.medlinks.ru>