

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И. И. МЕЧНИКОВА»

**Кафедра психиатрии и наркологии**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»

**Отдел неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации**

**А. Е. Добровольская, А. Г. Софронов,  
В. Э. Пашковский, Е. Ю. Тявокина**

**ШИЗОФРЕНИЯ, ОТЯГОЩЕННАЯ  
АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2015**

УДК 616.895.8  
Ш56

**Ш56 Шизофрения, отягощенная аддиктивными расстройствами:** учебное пособие / А. Е. Добровольская, А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, Е. Ю. Тявокина. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 48 с.

**Авторы:**

**А. Е. Добровольская** — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

**А. Г. Софронов** — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

**В. Э. Пашковский** — д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

**Е. Ю. Тявокина** — заведующая соматопсихиатрическим отделением СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе.

**Рецензент:** заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, д-р мед. наук, профессор **Бабин С. М.**

В учебном пособии рассматривается проблема химических зависимостей у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Учебное пособие предназначено для врачей-психиатров и психиатров-наркологов.

Утверждено  
в качестве учебного пособия  
Ученым советом ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
протокол № 6 от 26 июня 2015 г.

© Коллектив авторов, 2015  
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	4
История учения о коморбидности в психиатрии .....	6
Эпидемиология шизофрении, коморбидной с аддиктивной патологией.....	8
Социально-демографические характеристики коморбидных пациентов .....	11
Теории этиопатогенеза шизофрении, осложненной аддиктивной патологией.....	12
Особенности клинических проявлений расстройств шизофренического спектра и аддиктивных нарушений при их сочетании .....	17
Особенности социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, осложненной аддиктивными расстройствами.....	21
Лечение и организация помощи коморбидным пациентам .....	26
Заключение .....	37
Литература .....	39
Приложение .....	40
Тестовые задания .....	42
Эталоны ответов.....	45

## ВВЕДЕНИЕ

Клинические особенности шизофрении, отягощенной злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ), представляют собой одну из важнейших проблем современной психиатрии. Распространенность наркологической патологии среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в несколько раз превышает таковую в популяции психически здоровых. Если распространенность шизофрении определена и составляет в среднем 0,4–1% в популяции, то распространенность сопутствующего наркологического диагноза у больных шизофренией оценивается исследователями по-разному в широком диапазоне от 25% до 75%. Существенный разброс данных эпидемических исследований объясняется отсутствием надежных критериев диагностики и неопределенностью классификации изучаемого феномена.

Отдельной проблемой является наличие соматической патологии у больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ. Около 50% из них страдают соматическими расстройствами. При сочетании шизофрении и зависимости от ПАВ оба патологических процесса являются значительными факторами риска развития дополнительного соматического заболевания. При этом для больных с «двойным диагнозом» характерен феномен «двойного пренебрежения», когда соматические проблемы игнорируются как пациентом, так и медицинскими специалистами. Оказание специализированной медицинской помощи больным с «двойным диагнозом» сопряжено с целым рядом трудностей. Пристрастие больных шизофренией к злоупотреблению ПАВ затрудняет конструктивное сотрудничество врача и пациента. Больные шизофренией, злоупотребляющие ПАВ, неохотно принимают поддерживающую терапию, хуже дифференцируют состояния ремиссии и обострения. Они не удержи-

ваются в реабилитационных отделениях и дневных стационарах, чаще госпитализируются в психиатрические больницы, а находясь в условиях психиатрической клиники склонны к грубым нарушениям режима, дезорганизации лечебного процесса. В современной системе медицинской помощи отмечаются гиподиагностика коморбидной патологии и недостаточная компетентность врачей и других специалистов в вопросах, касающихся больных с «двойным диагнозом». Эти пациенты не получают в полном объеме наркологического лечения.

Феномен коморбидности имеет сложный патогенез. Психическое заболевание может быть «почвой» для формирования синдрома зависимости, может присоединяться к нему, а может быть прямым последствием систематического злоупотребления ПАВ. Однако собственно патогенетические взаимодействия при коморбидной патологии остаются малоизученными, а полученные данные — противоречивыми.

Причинно-следственные связи между злоупотреблением психоактивными веществами и психозом стали объектом многочисленных дискуссий. Злоупотребление ПАВ больными шизофренией во многом видоизменяет ее клинические проявления, но данные о взаимовлияниях шизофрении и злоупотребления ПАВ на клиническую картину обоих заболеваний противоречивы. Одни исследователи, например Р. Кантвелл и С. Зисук, отмечают отсутствие разницы между симптомами и течением как отягощенной приемом ПАВ, так и неотягощенной шизофрении. Другие — Г. Т. Красильников, М. Сойка, Дж. Ангст — доказывают усиление позитивной симптоматики и общей клинической тяжести у пациентов с «двойным диагнозом». Третьи — С. Госвами, Э. Э. Мишуровский — отмечают смягчение психопатологической симптоматики под влиянием некоторых видов ПАВ, заключающееся в уменьшении негативных проявлений, снижении выраженности как позитивных, так и негативных симптомов. Отсутствие общей позиции в данном вопросе обусловлено объективными трудностями в определении соотношения психопатологических феноменов при синдроме зависимости от ПАВ у больных шизофренией. Дополнительные трудности диагностики коморбидной патологии обусловлены полиморфизмом и

атипичностью клинической картины, образованием новых симптомокомплексов.

На возникновение и развитие аддиктивной патологии у лиц, страдающих психическими расстройствами, влияют социально-демографические факторы. Высказывается предположение, что аддиктивная патология у психически больных преимущественно развивается под влиянием тех же негативных социальных факторов, что и у изначально психически здоровых лиц.

Социальное функционирование и качество жизни психически больных является одной из актуальных и активно разрабатываемых проблем психиатрии. Все больше внимания уделяется комплексному подходу к диагностике и лечению шизофрении, осложненной зависимостью от ПАВ, с привлечением не только клинико-психопатологического метода, но и методик, оценивающих социальное функционирование. Предполагается, что подобный подход позволит качественно улучшить систему лечения психически больных.

## **ИСТОРИЯ УЧЕНИЯ О КОМОРБИДНОСТИ В ПСИХИАТРИИ**

Интерес ученых к проблеме потребления психоактивных веществ душевнобольными возник уже на первых этапах становления психиатрии как науки. В 1874 году Валентин Маньян подробно описал случай *delirium tremens*, который присоединился к хроническому бреду преследования, что соответствует непрерывнотекущей параноидной шизофрении в современном ее понимании. Случаи сочетания шизофрении с алкогольными психозами, среди которых доминировал алкогольный делирий, в 1909 году описал К. Гретер. Автор предполагал, что алкогольная интоксикация способствует выявлению шизофрении и изменяет ее клинические проявления. Эжен Блейлер утверждал, что «различного рода алкогольные психозы возникают нередко на почве шизофрении, которую они, в свою очередь, потом осложняют». Эмиль Крепелин в своих работах также уделял внимание этому вопросу, отмечая своеобразиие характеров больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, подчеркивая их мягкость, открытость и синтонность.

О проблеме эндогенного психического заболевания, ассоциированного со злоупотреблением алкоголем, писали российские ученые С. А. Суханов, А. Н. Молохов, С. Г. Жислин. Позднее сосуществование двух патологических процессов описывали практически все крупные отечественные и зарубежные психиатры-клиницисты XX века. Качественный сдвиг в понимании этого феномена наметился в 70-х годах прошлого столетия. В 1970 г. Алан Фейнштейн — выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, ввел понятие «коморбидность» (от лат. *co* — вместе, *morbus* — болезнь). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. Коморбидность была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления. В его разработке приняли участие крупнейшие мировые ученые, в том числе и в области психиатрии Ю. Л. Нуллер, А. Б. Смулевич, Н. Андреасен. В качестве самостоятельной медицинской проблемы начала рассматриваться химическая зависимость у лиц с психической патологией.

Большинство споров последних лет относительно коморбидности психических расстройств сосредотачивались на утилитарной стороне вопроса, обсуждалась практическая выгода того или иного терапевтического подхода, прогнозирование результатов лечения и оптимизация медицинских услуг. В то время как изучение феномена коморбидности имеет очевидные теоретические последствия. Частое совместное развитие психических расстройств стало рассматриваться как доказательство идеи о том, что эти расстройства не являются дискретными объектами.

С эволюционной точки зрения, психические расстройства являются универсальными для всех людей моделями реагирования, которые активируются параллельно или последовательно в одном индивидууме в ответ на патогенные факторы различной природы — это мнение было высказано Е. Крепелиным в одной из поздних работ, где он отклонил модель дискретных сущностей болезни даже для раннего слабоумия (*dementia praecox*) и маниакально-депрессивного психоза. Тем не менее, появление феномена «сосуществующих психических расстройств» не обяза-

тельно противоречит идее о том, что психопатология состоит из отдельных нозологических единиц — возможно, эти объекты отражены в текущей классификации ненадлежащим образом и само явление коморбидности является порождением несовершенства действующих диагностических критериев. Таким образом, одним из приоритетных направлений является интенсивное формирование раздела клинической психиатрии, суть которого заключается в выделении в качестве самостоятельных форм психической патологии сосуществующих (коморбидных) психических заболеваний. Современные клинические исследования «коморбидности», по мнению М. Мэя и Б. Ронсвилля, могут быть полезны в поисках «истинного лица психической болезни». Отмечается некоторое продвижение в этом направлении: по данным У. Вайданатхан, коморбидность психических расстройств в человеческой популяции образует определенное и конечное число паттернов. Эти выводы имеют большое значение для изучения их этиологии психических расстройств. Многие, предположительно отдельные, расстройства имеют общие этиологические факторы, например, частично совпадающий генотип при большом депрессивном эпизоде и генерализованном тревожном расстройстве или частично совпадающий генетический вклад в антисоциальное личностное расстройство и зависимость от психоактивных веществ. Если же демаркации производятся там, где они не существуют в природе, вероятность того, что несколько диагнозов появятся в каждом конкретном случае, увеличивается.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ, КОМОРБИДНОЙ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Отсутствие надежных критериев диагностики и неопределенность классификации порождает довольно противоречивые результаты эпидемиологических исследований в отношении больных шизофренией, употребляющих ПАВ. Данные о наличии зависимости/злоупотребления психоактивными веществами среди лиц с психическими расстройствами различны в зависимости от места изучения, наличия в группе острых или хронических расстройств и дизайна исследования.



В целом, среди больных психическими расстройствами, включая расстройства настроения, тревожные и личностные расстройства, а также нарушения шизофренического спектра, чаще наблюдаются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ, чем в популяции в целом. Например, в крупнейшем популяционном исследовании, проведенном Д. А. Регером, уровень психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков среди населения, составляет примерно 17%. В то же время для больных шизофренией этот показатель равен 47%, для пациентов с биполярным расстройством — 56% и для людей с другими расстройствами настроения и тревожными расстройствами — 30%.

По мнению большинства ученых, в последние годы наблюдается рост количества больных шизофренией, ассоциированной с различными видами химических аддикций. В 1980-х годах доля больных, страдающих одновременно расстройствами шизофренического спектра и зависимостью от ПАВ, составляла от 15% до 25% от общего количества больных шизофренией. К концу 1990-х годов исследователи отмечали наличие наркологического диагноза у 40–50% пациентов с расстройствами шизофренического спектра. В публикациях последних лет говорится о том, что распространенность некоторых видов химических зависимостей среди этой популяции больных достигает 65–75%. Согласно последним данным, полученным М. Шварцем при проведении клинических испытаний эффективности антипсихотиков в 2006 г., 60% больных шизофренией злоупотребляли ПАВ, а 37% соответствовали критериям текущей зависимости от ПАВ. Среди больных шизофренией 34% имели расстройства вследствие употребления алкоголя и 28% имели расстройства в результате употребления наркотиков. От 25% до 75% больных шизофренией, находившихся в лечебных учреждениях, имели текущие нарушения вследствие приема ПАВ. По данным Т. Шнелля, распространенность проблемного употребления психоактивных веществ в большой выборке пациентов (2337 чел.) с шизофренией в одном из крупных городов Германии (Кельн) составила 29,4%, данные различались в зависимости от характера контингента (стационарный, амбулаторный, больница университета против

психиатрического стационара). При этом максимально коморбидные больные кумулировались в стационаре. По наблюдению российских ученых С. В. Зиновьева и А. Г. Софронова в амбулаторной практике наиболее частыми вариантами коморбидной патологии являются случаи сочетания психических расстройств с алкогольной зависимостью, частота злоупотребления другими видами ПАВ душевнобольными значительно уступает алкоголю, а опиоиды занимают последнее место в структуре потребления ПАВ данной категории больных. Основной контингент трудоспособного возраста, состоящий на учете в ПНД, составляют лица, страдающие шизофренией. И поэтому, случаи аддикции в практике психиатра в основном представлены коморбидной патологией у больных шизофренией. При этом абсолютный показатель частоты таких случаев является довольно высоким, так как напрямую связан с распространением шизофрении в популяции.

Как известно, приверженность определенному типу токсиканта определяется совокупностью факторов. Преморбидные особенности личности, социокультуральные условия и другие, менее значимые условия, влияют на выбор психоактивного вещества потребителем. Предпочтения по типам ПАВ среди больных шизофренией оцениваются исследователями по-разному. Рейтинг психоактивных веществ, которым оказывают предпочтение больные шизофренией включает: 1) табак, 2) алкоголь, 3) каннабиноиды, 4) стимуляторы. В других исследованиях преобладание употребления галлюциногенов и психостимуляторов. В крупных мегаполисах Германии, по данным Т. Шнелля, наиболее часто у коморбидных больных используются алкоголь и марихуана.

В диссертационном исследовании Э. Э. Мишуровского приводятся эпидемиологические данные следующего характера: чаще всего встречалась алкогольная зависимость (84,5% от числа всех коморбидных), табакокурение (47,3%), реже отмечено злоупотребление стимуляторами (26%) и каннабиноидами (24%), около 12% обследованных коморбидных больных употребляли опиаты, еще реже встречалось злоупотребление галлюциногенами, транквилизаторами и антидепрессантами.

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Социально-демографические и личностные характеристики лиц, склонных к пагубному употреблению психоактивных веществ подобны соответствующим характеристикам лиц с тяжелыми психическими заболеваниями. Мужской пол, молодой возраст, низкий уровень образования, отсутствие постоянного партнера — все это связано с более высокой уязвимостью к формированию зависимости от психоактивных веществ. Наиболее последовательно коррелирует с употреблением ПАВ больными шизофренией фактор мужского пола. В то же время в исследовании Э. Э. Мишуровского показано отсутствие гендерных различий в показателях распространенности коморбидной патологии. Младшие возрастные группы чаще сообщают об использовании незаконных наркотиков, в то время как злоупотребление алкоголем не обнаруживает связи с возрастными характеристиками. Низкий уровень образования чаще связан со злоупотреблением каннабисом, но не с другими формами злоупотребления ПАВ. По данным Х. Майлса и соавт., злоупотребляющие алкоголем больные с «двойным диагнозом» были в среднем старше и чаще принадлежали к белой расе по сравнению с коморбидными пациентами, злоупотребляющими другими типами ПАВ.

Нет единства мнений относительно возраста появления психических расстройств у коморбидных пациентов. Подростковый возраст сопровождается реакциями эмансипации, и это может привести к употреблению алкоголя и наркотиков. К сожалению, для некоторых юность также знаменует собой первые признаки психоза. Причинно-следственные связи между началом употребления ПАВ и психозом стали объектом многочисленных дискуссий. М. Овсянников пишет в своей работе: «...вопрос о том, какой вид патологии в случае сочетания шизофрении и аддикции следует считать первичным, по нашему мнению, должен быть разрешен в пользу приоритетности эндогенного шизофренического процесса». В то же время ряд исследователей, например, Д. Фоллес, придерживаются другой точки зрения и расценивают развитие шизофренического психоза как результат воздействия интоксикации ПАВ на

системы головного мозга. Дж. Р. Штейнберг считает, что больные шизофренией, употребляющие психоактивные вещества, «имеют более молодой возраст на момент начала заболевания», а также на момент первичной госпитализации в психиатрический стационар. Напротив, Э. Э. Мишуровский приводит данные о более поздней манифестации эндогенного процесса у лиц с коморбидной патологией. У больных шизофренией, частота формирования химической аддикции положительно коррелировала с распространенностью антисоциального расстройства личности и поведенческих нарушений у их ближайших родственников.

Расовая и этническая принадлежность по Д. Каванаху часто связаны с типом потребляемого ПАВ, но не влияют на общий показатель распространенности химических зависимостей. В своем исследовании Т. Вайвер установил, что уровень распространенности коморбидной патологии среди городских и сельских жителей не имел достоверных различий, хотя типы веществ могли меняться в зависимости от их доступности на рынке, также не отмечено географических различий при сопоставлении частоты возникновения коморбидной патологии. В то же время исследователи Техасского университета в США в своем обзоре эпидемиологических исследований злоупотребления ПАВ среди латиноамериканцев, страдающих шизофренией, отмечают достоверно более высокую распространенность «двойного диагноза» у пациентов, родившихся в США, и латиноамериканских иммигрантов в США, по сравнению с латиноамериканцами, проживавшими в своей собственной стране.

## **ТЕОРИИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Существует несколько гипотез относительно причин столь высокой распространенности химических аддикций среди душевнобольных, в частности среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Часть исследователей склоняются к предположению о триггерном влиянии приема ПАВ на возникновение и развитие симптомов шизофрении у уязвимых пациентов. Это может объяснять более ранний возраст первых проявлений ши-

зофрении у коморбидных пациентов по сравнению с больными шизофренией без наркологического диагноза. Среди прочих ПАВ в последние годы особый интерес исследователей вновь вызывают каннабиноиды, возобновились споры о влиянии каннабиса на риск развития шизофрении. Большая часть наблюдений как будто бы доказывает наличие такой взаимосвязи. Данные двойного слепого рандомизированного исследования, проведенного Д. С. Д'Суза и соавт. показывают, что внутривенное введение дельта-9-тетрагидроканнабинола (дельта-9-ТГК) приводит к развитию широкого спектра симптомов у здоровых лиц, в том числе поведенческих и когнитивных нарушений, напоминающих некоторые аспекты эндогенных психозов. Д. Фергюссон и соавт., проведя массивные лонгитудинальные исследования среди населения Новой Зеландии, показали, что у лиц, ежедневно употреблявших каннабис, психотические симптомы регистрировались в 1,6–1,8 раз чаще, по сравнению с людьми, не употреблявшими каннабиноиды. Однако часть исследователей считают полученные результаты не совсем достоверными, поскольку употребление каннабиса чаще всего оценивается по результатам самоотчетов, а регистрация психотических симптомов проводилась не совсем корректно, без учета своеобразия менталитета потребителей марихуаны. В других работах не обнаружено корреляционной связи между зависимостью от каннабиноидов и показателями шкалы позитивных и негативных симптомов. Не было найдено доказательств морфологических изменений структуры головного мозга при перманентном употреблении каннабиноидов больными шизофренией. В настоящее время, наиболее доказанной представляется «провоцирующая» роль употребления каннабиса, в первую очередь в уязвимых группах с повышенным риском развития шизофрении (с отягощенной наследственностью, патологическим преморбидом и т. д.), особенно если употребление приходится на подростковый возраст.

Существует теория употребления ПАВ с целью самолечения (self-medication) для смягчения некоторых симптомов шизофрении, или для уменьшения неприятных эффектов антипсихотической терапии. Так, например, Л. Адлер и соавт., с осторожностью интерпретируя полученные результаты, сообщали, что никотин

улучшает когнитивные функции у больных шизофренией. Е. Д. Левин и соавт. обнаружили, что никотин может уменьшить мнестический дефицит, вызванный приемом галоперидола, и ускорить время реакции у пациентов с шизофренией. Эффективная лечебная доза нейролептиков у курящих в среднем выше, отчасти в связи с ускоренным метаболизмом нейролептиков.

Самолечение, в основном, используется в целях борьбы с негативными симптомами, такими как социальная самоизоляция, апатия, дисфория и нарушения сна. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая считали, что очень часто «больные пытаются нормализовать свое состояние с помощью алкоголя, употребляемого таким образом с медицинскими целями». Мотивами алкоголизации, по их мнению, может выступать желание уменьшить подавленность, тоску, чувство напряженности, раздражительность, тревогу, безразличие к жизни или к окружающему, трудности в общении, снижение трудоспособности и т. д. Однако многочисленные исследования не подтвердили наличие подобных эффектов. Эти теории также не учитывают высокий уровень существующей химической зависимости до начала шизофрении. С. Потвин и соавт. пишут: «Удивительно, но большинство выдвинутых гипотез до сих пор были сформулированы без ссылки на нейронауки. ...с биологической точки зрения, злоупотребление ПАВ больными шизофренией кажется парадоксальным: позитивные симптомы шизофрении связаны с гиперактивностью системы вознаграждения и прием наркотиков также ведет к увеличению дофамина в этой же системе. Этот парадокс ставит под сомнение гипотезы самолечения».

В качестве основного психопатологического содержания аддиктивного расстройства современной наркологией рассматриваются обсессивно-компульсивные характеристики влечения. Эта точка зрения длительное время преобладала в отечественной наркологии и совпадала с подходами, принятыми в мировой науке. При этом феномен зависимости никак не отождествляется с обсессивно-компульсивным расстройством — эти патологические состояния разнесены в разные рубрики классификации психических и поведенческих расстройств и имеют различные подходы к терапии. В последние годы, в российской наркологии предлагается психопатологическая модель как патогенетическая основа аддик-

тивной патологии. Предполагается, что механизм зависимости от ПАВ напрямую связан и определяется аффективными (депрессивными по И. П. Анохиной, 2002) и психопродуктивными (бредом по М. А. Михайлову, 2010) психическими расстройствами. Эти положения оспариваются многими видными российскими аддиктологами и психопатологами. Так, с точки зрения В. Д. Менделевича представляется научно доказанным, что специфичность физических признаков зависимости является клиническим проявлением патофизиологических изменений, возникших в результате систематического приема ПАВ, а характер этих расстройств отражает сдвиг компенсаторных механизмов нейроадаптации. Психопатология же носит надстроечный характер и оформлена преимущественно аффективными переживаниями разной степени выраженности, а психическая зависимость проявляется мотивационно-поведенческими сдвигами. Ю. П. Сиволап предлагает выделить аддиктивный регистр, куда войдут все аддиктивные феномены, относящиеся, по его мнению, к группе мотивационных расстройств. Для понимания наркоманических мотиваций первостепенное значение имеет изучение аддиктивного влечения (крейвинга).

«Феномен аддиктивного влечения выступает неотъемлемым конструктом формирования зависимого поведения...», — пишет в своей монографии «Аддиктивное влечение» В. Д. Менделевич. Феномен аддиктивного влечения имеет сложные, структурно взаимосвязанные эмоциональные, поведенческие, когнитивные и физиологические характеристики. При этом исследователи не отмечают принципиальных различий крейвинга, зависимых от фармакологических характеристик различных ПАВ. Принято считать, что именно характер аддиктивного влечения определяет переход от контролируемого употребления к зависимости как хроническому рецидивирующему заболеванию. Именно с выраженностью крейвинга многие исследователи связывают появление полинаркоманической активности и объясняют, почему часть аддиктов предпочитают одно вещество (или класс ПАВ), и недоступность предпочитаемого наркотика ведет к полному воздержанию. В то время как другая часть зависимых потребителей в аналогичной ситуации прибегают к заместительному приему ПАВ других групп. Вопросы о механизмах полинаркомании и закономерности пере-

хода одних форм злоупотребления наркотиками в другие остаются малоизученными. Проблема актуальна и в связи с постоянным появлением на рынке новых препаратов с неизвестным наркотическим потенциалом.

Нейровизуализационные методы доказывают, что нейробиологической базой аддиктивной мотивации выступают мезолимбические структуры системы вознаграждения, зоны передней поясной извилины, орбитального и дорсолатерального фронтального кортекса. У больных шизофренией также обнаруживаются структурные и функциональные изменения в различных регионах мозга (участки фронтальной и височной коры, таламуса, гиппокампа, базальных ганглиев и даже мозжечка).

Нейробиологическая гипотеза коморбидности, предложенная А. Грином, была основана на серии экспериментов на животных. Показано, что у больных шизофренией присутствуют изменения в ключевых отделах лимбической системы (в частности, в дофаминергической системе «позитивного подкрепления»). Дисфункция этих отделов может приводить к увеличению риска определенного поведения (в том числе злоупотребления ПАВ), направленного на поиски альтернативных путей «позитивного подкрепления». Р. Чамберс и соавт. предположили, что отклонения в гиппокампе и фронтальной коре, связанные с шизофренией, усиливают эффект «наград» от приема наркотика и сокращают тормозной контроль над поведением, направленным на ее получение. Несколько нейротрансмиттерных систем, таких как глутаматергическая и дофаминергическая, участвуют в возникновении и развитии психозов и наркоманий. Дизрегуляция нейронной интеграции дофамина и глутамата в прилежащем ядре (лат. *nucleus accumbens*) может привести к мотивационным изменениям, подобным тем, которые наблюдаются при длительном злоупотреблении психоактивными веществами. Используя функциональную магнитно-резонансную томографию (МРТ), Г. Джукель и соавт. обнаружили снижение активации левого вентрального стриатума, одной из центральных областей системы награды мозга, что коррелировало с тяжестью негативных симптомов больных шизофренией. Кроме того, дисфункция вентральных отделов стриатума была обнаружена у пациентов с алкогольной зависимостью.



Таким образом, исследования мезолимбических структур и префронтальной коры показали дисрегуляцию в этих отделах как у больных шизофренией, так и у больных с аддиктивными расстройствами, что может объяснять высокий уровень сопряженности этих патологических процессов.

Д. К. Мэтхэйлон и соавт. сравнили магнитно-резонансные изображения трех групп: пациентов с шизофренией, больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью, а также пациентов с алкогольной зависимостью. Во всех трех группах отмечался дефицит серого вещества, но наибольшая недостаточность серого вещества, особенно в префронтальной и передне-верхней височной областях, регистрировалась в группе коморбидных больных. Похожие результаты были получены учеными Базельского университета Швейцарии, доказавшими наличие взаимосвязи между злоупотреблением ПАВ больными шизофренией и существенным снижением объема мозговой ткани.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И АДДИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ**

Пациенты с «двойным» диагнозом составляют чрезвычайно многообразную группу в клиническом отношении. Объективные трудности в диагностике смешанных психических заболеваний отмечались многими исследователями. Данные о взаимовлияниях шизофрении и злоупотребления ПАВ на клиническую картину обоих заболеваний противоречивы. Некоторые исследователи, например Р. Кэнтвелл, С. Зисук и соавт., отмечают отсутствие разницы между симптомами и течением как отягощенной приемом ПАВ, так и неотягощенной шизофрении. В то же время Г. Т. Красильников и соавт., П. Альбек, Дж. Ангст указывают на усиление позитивной симптоматики и общей клинической тяжести у пациентов с «двойным диагнозом». По мнению других авторов возможно смягчение психопатологической симптоматики под воздействием некоторых видов ПАВ. Одни указывают на смягчение только негативной, другие на послабление как негативной, так и позитивной симптоматики.

Отсутствие общей позиции в данном вопросе обусловлено объективными трудностями в определении соотношения психопатологических феноменов при синдроме зависимости от ПАВ у больных шизофренией. При этом в большинстве случаев у исследователя имеется возможность только ретроспективной оценки патогенетической роли тех или иных факторов. Дополнительные трудности диагностики коморбидной патологии обусловлены полиморфизмом и атипией разворачивающейся клинической картины, образованием новых симптомокомплексов. С. В. Литвинцев отмечает, что «присоединившийся алкоголизм еще больше деформирует шизофреническую психику больного». Суммацией симптомов К. Гретер объяснял повышенную частоту психомоторного возбуждения при описании этих смешанных форм. Те черты личности и симптомы, которые идут в этих процессах в противоположных направлениях, взаимно ослабляются. В этих случаях автор говорил о взаимном ослаблении, «интерференции симптомов», что видоизменяет течение шизофрении. У большинства из этих больных было сохранено ядро личности, шизофренические черты не резко выражены, интактна аффективная сфера. У некоторых больных отмечался алкогольный юмор. Указанные особенности автор объяснял простым сложением противоположных изменений в эмоционально-волевой сфере, свойственных этим заболеваниям.

Интересно, что описанные более 100 лет назад клинические нюансы находят подтверждение в современных экспериментах, проводимых с использованием новейших нейровизуализационных методов обследования. Так, А. Манчини и С. Потвин и соавт. при проведении серии экспериментов доказали, что больные шизофренией, злоупотреблявшие ПАВ (алкоголем, каннабисом и/или ЛСД), демонстрировали большую эмоциональную откликаемость, по сравнению с наркологически интактными больными шизофренией, особенно интенсивны были реакции коморбидных пациентов на негативные стимулы (по данным МРТ — регистрировалось усиление активности в отделах префронтальной коры и миндалины). Л. М. Шейнин, высказывая сомнения в способности алкоголизма «смягчать» симптомы шизофрении, указывал на возможность изначального сочетания более благоприятных форм

шизофрении с алкоголизмом. К. Бинсвангер говорил о комбинации «мягких» форм шизофрении с алкоголизмом, называя таких больных «шизоидными алкоголиками». Позднее о сочетании алкоголизма преимущественно с относительно благоприятно протекающими формами шизофрении, в том числе вялотекущей формой, писали отечественные ученые А. Г. Гофман и Ю. С. Вишнякова. Т. Ю. Тульская в своей работе отмечает: «Больные малопрогрессивной шизофренией надолго сохраняют критическое отношение к факту злоупотребления алкоголем».

По мнению Г. В. Морозова, алкоголизм, сочетающийся с шизофренией, может иметь самые различные клинические проявления — от преходящего эпизодического злоупотребления алкоголем до заболевания, проходящего все свойственные ему этапы и сопровождающего шизофрению на протяжении десятков лет. Алкоголизация может носить бессистемный характер, ежедневное пьянство может чередоваться с запоями или хаотичной алкоголизацией. О клинической гетерогенности алкоголизма пишет в своей работе Н. А. Бохан. И. В. Стрельчук описывал ускоренное формирование основных симптомов алкогольной зависимости при шизофрении по сравнению с больными люцидным алкоголизмом. В. Б. Альтшулер выделяет два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении. Первый аспект связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. Выделяемая автором «продуктивная» симптоматика алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром) оказывается в значительной мере стертой. Это выражается в отсутствии «напора» в проявлениях влечения: нет предприимчивости, изобретательности, аргументации, эмоциональной заряженности, активных поисков спиртного, больные пассивно подчиняются режиму, сохраняют ровное настроение, невозмутимо отрицают желание выпить. Абстинентный синдром сопровождается аффективными и астеническими нарушениями, но не сопровождается «назойливостью, жалобами и просьбами». Алкогольная деградация (по мнению автора — это «негативная симптоматика алкоголизма») развивается очень быстро, «приобретая черты опущенности, тупого безразличия..., опустошенности и пассивности», что ведет к возобновлению пьянства при первой возможности. В общем, течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией,

неблагоприятное, характеризуется крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий. Отдельно В. Б. Альтшулер описывает влияние алкоголизма на шизофрению, оценивает его как неоднозначное, но в общем противоположное тому, что было сказано о влиянии шизофрении на алкоголизм. То есть, продуктивная симптоматика усиливается: обостряются галлюцинаторно-бредовые переживания, ускоряется рецидивирование болезни, в то же время дефект смягчается, «размывается» за счет «большей живости, активности, откликаемости пациентов...». Более быстрое нарастание дефекта у больных шизофренией с сопутствующим алкоголизмом отмечали в своих работах Н. Н. Канторович-Фокина, И. В. Стрельчук, Д. Р. Лунц.

Сопутствующая опийная наркомания привносит в структуру эндогенных приступов экзогенную патопластику. По мнению многочисленных авторов, сопутствующая психическая патология способствует более быстрому формированию наркомании, утяжелению ее течения, появлению грубых поведенческих расстройств, ускорению развития дефекта. В то же время А. С. Субханбердина (2004) в своем исследовании доказывает, что в целом, стереотип развития опийной наркомании у больных шизофренией сохраняется, повторяя все этапы формирования аддикции у лиц без сопутствующих психических расстройств. К подобным выводам относительно сосуществования каннабиноидной зависимости и шизофрении приходит в своей работе И. И. Дудин. Автор подчеркивает, что независимо от характера сочетанной психической патологии каннабиноидная наркомания сохраняет типичные для нее структурно-динамические закономерности с формированием традиционных наркоманических синдромов и грубых соматоневрологических нарушений. В то же время развитие зависимости от каннабиноидов у больных с иной психической патологией видоизменяет клинические проявления обоих заболеваний и, значительно ухудшает их медицинский и социальный прогноз.

Некоторыми авторами коморбидность разделяется на синдромальную (образование общих симптомокомплексов) и временную (одновременная манифестация нескольких независимых синдромов) для облегчения выбора психофармакологической мишени. Типы аддикции больных шизофренией разделяются на гомоген-

ный по отношению к шизофрении (единый динамический процессуально — аддиктивный конгломерат, когда потребление прекращается одновременно с приступом) и гетерогенный — злоупотребление психоактивными веществами развивается по своему сценарию, параллельно с эндогенным процессом, клинически напоминает люцидную зависимость и несущественно видоизменяет проявления шизофрении.

В наших исследованиях, проведенных на кафедре психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова и в отделе неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации Санкт-Петербургского государственного научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, установлено, что среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, госпитализированных в психиатрическую больницу, 36% страдает химическими аддикциями. Доля этих больных от общего количества пациентов, получавших стационарное лечение в ПБ, составляет 20%. Таким образом, больные с расстройствами шизофренического спектра, страдающие зависимостью от ПАВ, составляют существенную часть среди всех пациентов психиатрического стационара. Среди больных с расстройствами шизофренического спектра, госпитализированных в психиатрический стационар, наиболее распространенными формами химических аддикций являются алкогольная (56,1% случаев) и полисубстантная формы зависимости (41,2% случаев).

## **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

При сочетании шизофрении и наркомании резко ухудшается социальное функционирование больных. Среди больных с «двойным диагнозом» велика доля безработных и бездомных, высок процент судимых, в том числе за повторные правонарушения. В. Л. Дресвянников (1994) также отмечает усиление проявлений социальной дезадаптации и снижение качества жизни в случаях наличия у больного зависимости от ПАВ. Неблагоприятный со-

циальный прогноз больных шизофренией, осложненной зависимостью от ПАВ, увеличение частоты правонарушений описывают в своей работе Ф. В. Кондратьев и В. Г. Василевский, об усилении агрессивного поведения и криминальной активности говорят результаты исследований Ю. А. Ильинского, Н. Г. Незнанова и Н. А. Александровой. В то же время, по данным М. К. Белинской, больные малопрогрессирующей шизофренией демонстрируют худшие показатели социальной адаптации, чем больные параноидной формой шизофрении, употребляющие опийные наркотики. М. М. Горева, изучив уровень социальной адаптации коморбидных больных в динамике, выявила следующие закономерности: наиболее высокий уровень адаптации сохраняется у больных с неврозоподобной симптоматикой, относительно ниже уровень адаптации у больных с параноидальным синдромом, наиболее выраженное снижение регистрировалось у пациентов с психопатоподобными нарушениями.

Шотландские исследователи Кантвелл и соавт., изучив 316 больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ, и больных шизофренией без сопутствующей наркологической патологии, вообще не обнаружили достоверных различий в уровне социального функционирования, показателей качества жизни и криминального поведения. По мнению авторов, «последствия употребления психоактивных веществ на симптомы, социальное функционирование и объем медицинских услуг у пациентов с шизофренией могут быть менее заметны, чем сообщалось ранее». Полученные данные ученые попытались объяснить высоким уровнем и развитой системой оказания специализированной помощи больным с «двойным диагнозом» в регионе, где проводилось исследование.

По нашим данным, сопоставление показателей социального функционирования алкоголизирующихся и полинаркотизирующихся больных шизофренией показало преобладание нарушений социального функционирования в группе полинаркотизирующихся больных шизофренией как на момент исследования, так и по результатам изучения катамнеза. На момент исследования, при оценке по шкале PSP, полинаркотизирующиеся больные имели значительно худшие показатели социального функциониро-

вания во всех областях в сравнении с алкогольной группой, в то время как больные шизофренией алкогольной группы демонстрировали более социально-приемлемое поведение и меньший уровень нарушений во всех областях социальной деятельности. Доля больных с «сильными» и «очень сильными нарушениями» в сфере «Социально полезная деятельность» — 87,5% среди полинаркотизирующихся против 66,7% среди алкогольной группы ( $p < 0,05$ ), «самообслуживание» — 12,5% против 6,7% ( $p < 0,05$ ), особенно в областях «Социально значимых отношений» — 77,8% против 33,8% ( $p < 0,005$ ) и «Агрессивного (беспокоящего) поведения» — 56,3% против 18,9% ( $p < 0,005$ ). Наиболее существенны межгрупповые различия в сфере социально-значимых отношений и беспокоящего (агрессивного) поведения ( $p < 0,005$ ), что может быть связано с более выраженным социопатическим паттерном у больных с полисубстантной зависимостью. Средний балл по шкале PSP в исследуемой выборке составил  $34,1 \pm 13,4$ . При этом средний балл у алкоголизирующихся больных шизофренией был достоверно выше, чем у полинаркотизирующихся (37,8 балла против 28,9 балла;  $p < 0,05$ ). Кроме того, 68,8% полинаркотизирующихся набрали менее 30 баллов, что соответствует крайне выраженному ухудшению функционирования. Среди алкоголизирующихся в этом диапазоне оказалось только 30,0% пациентов.

Катамнестическое исследование доказало, что десоциализация в группе полинаркотизирующихся происходила быстрее в сравнении с монозависимыми от алкоголя. Полизависимые больные шизофренией достоверно быстрее инвалидизировались (за 10 лет наблюдения количество инвалидов возросло в 4 раза — с 17,4% до 65,2%, в то время как доля инвалидов среди алкогольной подгруппы выросла в 1,5 раза (с 52,6% до 76,3%). Трудовая дезадаптация и десоциализация происходила быстрее у больных с изначально низким уровнем социального функционирования, небольшим интеллектуальным потенциалом и ограниченными адаптивными возможностями. Среди работающих наиболее значительно снизился процент больных, занятых физическим трудом и имеющих случайные заработки, а доля специалистов и служащих уменьшилась не столь существенно. Выявленная закономерность интенсивнее проявля-

лась также в подгруппе полинаркотизирующихся (доля полинаркотизирующихся больных, живущих случайными заработками, за 10 лет снизилась в 3,5 раза, а в алкогольной подгруппе — в 2,5 раза). Ретроспективно трудно оценить, являлся ли невысокий уровень социального функционирования преморбидной характеристикой, или был следствием первых микросимптомов (нейрокогнитивного дефицита, нарушений волевой сферы и т. д.) шизофренического процесса.

Полученные нами данные показали, что криминальная активность полинаркотизирующихся больных достоверно выше. Пациенты из подгруппы полинаркотизирующихся за 10 лет наблюдения достоверно чаще совершали противоправные действия и имели проблемы, связанные с приводами в полицию и судимостью (43,5% против 21,0%;  $p < 0,05$ ), в то время как больные шизофренией, злоупотребляющие алкоголем, достоверно чаще попадали в криминальные ситуации в роли жертвы, теряли жилье, становились объектами грабежа и мошенничества. Больные из «алкогольной» подгруппы чаще сталкивались с проблемами личного характера, переживая развод, потерю близких и т. д.

При сопоставлении клинико-динамических характеристик (возраста дебюта психического заболевания и начала приема ПАВ, частоты и характера обострений, общеклинической тяжести психозов, выраженности продуктивных и негативных расстройств) были выявлены следующие закономерности: полизависимые больные шизофренией в значительно более молодом возрасте начинали прием ПАВ в сравнении с алкогользависимыми ( $16,5 \pm 3,4$  против  $21,8 \pm 8,1$   $p < 0,05$ ), переносили первый психотический эпизод ( $16,5 \pm 6,5$  против  $20,4 \pm 9,9$   $p < 0,05$ ), осматривались психиатром и получали диагноз шизофрении ( $22,0 \pm 5,9$  против  $26,8 \pm 10,2$   $p < 0,05$ ). Почти в половине случаев (54,3%) психическая патология, выявляемая у больных при первичной консультации психиатром, не расценивалась как проявление шизофрении по причинам атипичности, полиморфизма и неспецифичности симптоматики. Независимо от вида аддикции в структуре первого психотического эпизода у большинства коморбидных больных (81,4%) отмечались эндоформные симптомы, у 28,6% пациентов — экзоформные, а в 7,2% случаев первый психоз сопровождался



симптоматикой обоих типов. Течение шизофренического процесса обнаруживало взаимосвязь с типом аддикции. По данным катамнеза, у полинаркотизирующихся больных шизофренией психозы развивались чаще и протекали тяжелее. У полинаркотизирующихся — первый психоз достоверно чаще развивался остро (73,9% против 57,9%;  $p < 0,05$ ), протекал тяжелее, а в дальнейшем приобретал затяжное течение (средняя длительность первого эпизода свыше 6 месяцев у 21,7% полинаркотизирующихся против 10,5% алкогользависимых,  $p < 0,05$ ). В алкогольной подгруппе психотическая симптоматика чаще развивалась подостро, протекала мягче, редуцировалась без тенденции к хронизации. В дальнейшем у всех коморбидных больных отмечались как экзоформные, так и эндоформные психозы. Полинаркотизирующиеся переносили достоверно чаще обострения с эндоформной картиной (более одного психоза с эндоформной симптоматикой за 10 лет перенесли 61,9% против 43,8% в алкогольной подгруппе,  $p < 0,05$ ), экзоформные психозы отмечались почти с одинаковой частотой (39,5% среди «алкогольной» подгруппы и 34,8% среди полинаркотизирующихся), 21,4% коморбидных больных вообще не перенесли психозы за 10 лет наблюдения.

На момент исследования выраженность как психопродуктивной, так и негативной симптоматики у полинаркотизирующихся больных была выше. При обследовании по шкале PANSS в подгруппе полинаркотизирующихся больных шизофренией средний балл был выше во всех подшкалах. Средний балл при оценке позитивных симптомов составил  $26,2 \pm 7,0$  против  $20,6 \pm 7,2$   $p < 0,05$ , по подшкале негативных симптомов:  $26,4 \pm 4,3$  против  $24,6 \pm 2,7$ . Межгрупповые различия имели тенденцию к значимости:  $p = 0,06$ . Средний балл по подшкале общепсихопатологических симптомов в подгруппе полинаркотизирующихся был также выше ( $56,4 \pm 8,4$  против  $51,7 \pm 5,5$ ,  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты, с одной стороны, могут свидетельствовать об усилении психотической активности и усугублении дефекта в результате полинаркотизации; с другой стороны, возможно, изначально более прогрессивные и неблагоприятные формы шизофрении служат почвой для формирования полисубстантной зависимости.

## ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ КОМОРБИДНЫМ ПАЦИЕНТАМ

Практический врач, вне зависимости от того, психиатр он или нарколог, в каждом конкретном случае должен принимать во внимание все составляющие диагноза и предложить адекватные терапевтические и организационные решения. Отсутствие общей позиции в практических вопросах связано с тем обстоятельством, что клиника и лечение различных, в первую очередь острых, состояний у лиц, страдающих синдромом зависимости с коморбидными психическими расстройствами, требует не только «двойного диагноза», но и дифференцированного лечения.

Наркоманы с психическими нарушениями плохо удерживаются в терапевтических общинах. Лечение больных наркоманией с выраженными психическими нарушениями существенно дороже, чем неосложненной наркомании. Особые затруднения вызывает лечение коморбидной патологии у подростков, в силу ограниченности психофармакологических средств, разрешенных к применению в этой возрастной группе.

Для пациентов с «двойным диагнозом» шизофренического психоза и сопутствующей аддиктивной патологии рекомендуется интегративный подход к лечению. Единая команда врачей должна проводить коррекцию обоих расстройств одновременно, так как лечение этой группы больных в отдельных учреждениях впоследствии оказывается менее эффективным. Желательно, чтобы один и тот же специалист поддерживал пациента как в стационаре, так и на амбулаторном этапе. Больные шизофренией, особенно, имеющие когнитивные нарушения, часто руководствуются ригидными наркоманическими установками, склонны к конфронтационному стилю взаимодействия, демонстрируют низкую степень личной ответственности и самомотивации. Результатом недостаточного учета специфических требований этого контингента больных является отказ от лечения, рецидивы употребления психоактивных веществ и обострение психотических расстройств. Комплексный подход должен быть согласован индивидуально, с учетом тяжести клинических проявлений, степени мотивации, когнитивных и психосоциальных ресурсов и потребностей, особенностей биографии

пациентов и жизненной ситуации. Специализированная помощь больным с «двойным диагнозом» должна включать психофармакологическое лечение, психотерапевтическое воздействие и реабилитацию.

В настоящее время исследования фокусируются на изучении психотерапевтических стратегий, таких как семейная психотерапия, обучение навыкам саморегуляции, формирование установок на отказ от приема ПАВ. Большинство из этих вмешательств основаны на когнитивно-поведенческих процедурах. На сегодняшний день все более доказанной становится целесообразность мотивационных методик как первостепенных мероприятий воздействия. Д. Каванах рекомендует разделять поток коморбидных больных в зависимости от объема необходимой помощи на три группы: больные шизофренией с «мягкими» проблемами, обусловленными потреблением ПАВ, эти пациенты нуждаются в коротких мотивационных мероприятиях; группа пациентов, нуждающихся в социальной поддержке и формировании более широких навыков; и, наконец, группа больных с тяжелыми когнитивными нарушениями, которым необходимо создание лечебно-реабилитационной среды и социальной поддержки на неопределенный срок. В США действует сообщество взаимопомощи «Dual Recovery Anonymous», основанное на принципах программы «12 шагов».

Несмотря на важность психосоциальных воздействий, основное внимание в лечении пациентов с «двойным диагнозом» заключается в стабилизации психотических симптомов, враждебности и возбуждения путем медикаментозной коррекции. У больных шизофренией, ассоциированной со злоупотреблением психоактивными веществами, М. Сойка, а позднее Дж. Вилкинс выделили несколько клинических мишеней, требующих специфических фармакологических вариантов лечения:

- 1) состояние интоксикации и абстинентного синдрома;
- 2) шизофренические или депрессивные симптомы;
- 3) профилактика рецидивов при шизофрении;
- 4) сокращение употребления психоактивных веществ и патологического влечения или профилактика рецидивов, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- 5) коррекция побочных эффектов антипсихотических препаратов.

Медикаментозное лечение пациентов с «двойным диагнозом» является весьма сложной проблемой в связи с низкой приверженностью лечению и высокой частотой побочных эффектов (особенно экстрапирамидных нарушений), непредсказуемостью эффектов фармакотерапии в случаях, если употребление психоактивных веществ сохраняется.

Несмотря на высокую клиническую значимость двойного диагноза для прогноза заболевания, на сегодняшний день эффективные стратегии фармакотерапии почти не разработаны или не оценены. Пациенты, зависимые от ПАВ или злоупотребляющие психоактивными веществами, как правило, исключались из исследования эффективности антипсихотической фармакотерапии из-за опасности взаимодействия алкоголя или наркотиков и испытываемых препаратов. Также в этой группе пациентов отмечается низкий комплаенс и высокий процент выхода из исследования до его завершения. Введение второго поколения антипсихотических препаратов (АВП), с их меньшей способностью вызывать экстрапирамидные побочные эффекты и предполагаемой в связи с этим большей приверженностью лечению, обнадеживало в отношении успешности лечения коморбидных больных. Антипсихотические препараты второго поколения, по крайней мере, столь же эффективны, как и антипсихотические препараты первого поколения при лечении позитивных симптомов, и, по-видимому, превосходят их по эффективности при терапии негативных и когнитивных расстройств у больных шизофренией без сопутствующего наркологического диагноза. АВП также могут быть предпочтительнее для коморбидных больных. Исследования Т. П. Бересфорда и А. И. Грина показывают, что оральные АВП (арипипразол, клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон) могут быть результативнее АПП как при лечении некоторых психопатологических симптомов, так и для снижения влечения и потребления наркотиков. Предполагаемая дисфункция системы подкрепления в головном мозге больных шизофренией, зависимых от ПАВ, может быть мишенью для лечения, направленного на сокращение употребления психоактивных веществ. Особенности взаимодействия с различными рецепторами, возможно, обеспечивают не только антипсихотическую активность, но и способствуют снижению влечения и, следовательно,

потребления ПАВ. Соответственно, в недавно опубликованных международных руководствах по биологической терапии шизофрении, например, П. Фалкаи и соавт. рекомендуется преимущественное использование АВП для лечения этой группы пациентов.

Для пациентов с «двойным диагнозом», демонстрирующих низкий комплаенс, депо-формы антипсихотических препаратов представляют особый интерес, и эта опция должна предлагаться данной группе пациентов. Существуют первые доказательства того, что депо-препарат АВП может эффективнее АПП-депо снижать частоту злоупотребления психоактивными веществами. Тем не менее, предполагаемая большая приверженность лечению АВП по сравнению с АПП не была подтверждена в недавно опубликованном исследовании Дж. А. Либермана и соавт. Интересно, что антикревинговые агенты и антагонисты опиатов были также использованы для лечения психотических симптомов у больных шизофренией. Эта стратегия была основана на гипотезе о том, что эндогенная опиоидная система участвует в патофизиологии шизофрении. Начальные положительные результаты, т. е. улучшение негативных или позитивных симптомов при приеме опиатных антагонистов, таких как налоксон, налтрексон и налмефен, не всегда подтверждались в последующих исследованиях, продемонстрировавших, напротив, ухудшение симптомов шизофрении. В то же время существуют наблюдения, свидетельствующие об эффективности применения антагонистов опиатных рецепторов, в том числе в сочетании с нейролептиками.

Исследования дисульфирама также демонстрируют положительные результаты у больных шизофренией с сопутствующим алкоголизмом, но дисульфирам не может быть обычной рекомендацией в этой группе пациентов в связи с потенциальным риском развития психоза.

У больных шизофренией, зависимых от кокаина, нейролептическую терапию можно дополнять антидепрессантами для уменьшения тяги к наркотику. Доказанной является эффективность таких трициклических антидепрессантов, как дезипрамин и имипрамин.

Среди экспертов нет единства мнений в оценке эффективности специализированной помощи больным с «двойным диагнозом». Р. Драке и соавт. отмечают, что, не смотря на трудности оказания

помощи коморбидным пациентам (методологические проблемы, неоднородность клинических моделей), в целом наблюдается улучшение показателей в процессе лечения (уменьшение частоты госпитализаций, снижение потребления ПАВ и т. д.). С другой стороны, выполненный в 2008 г. М. Клери и соавт. обзор 25 рандомизированных контролируемых исследований процедур, направленных на уменьшение употребления психоактивных веществ или улучшение психического состояния коморбидных больных, не показал убедительных преимуществ любых методик психосоциального лечения над другими. Авторы обзора объясняют полученные неутешительные результаты существующими методологическими трудностями: различной точностью описания мероприятий, различными критериями оценки, параметрами сравниваемых групп.

По мнению С. Джонсона, на практике по-прежнему не удается достигать положительных эффектов, даже применяя целевые программы с привлечением специально обученных специалистов. Результаты лечения больных с «двойным диагнозом» значительно хуже, чем результаты лечения больных наркоманией без выраженных психических нарушений.

Р. Вейс и соавт. в 1992 г., анализируя большой фактический материал, показали, что в отношении психически больных, злоупотребляющих ПАВ, нет единого диагностического подхода, что отрицательно сказывается на лечении. Для пациентов с «двойным диагнозом» характерны частые, повторные госпитализации, увеличение продолжительности лечения. Эти пациенты за год проводят больше дней в стационаре, затраты растут из-за неэффективности традиционных, и недостаточной разработанности новых схем лечения, повышается вовлечение других медицинских служб. Противоположное утверждает Р. Кантвелл: анализируя результаты проведенного им исследования, он пишет: «...употребление психоактивных веществ больными шизофренией не влияет на показатели госпитализации и использование Закона о психическом здоровье».

При сочетании шизофрении и зависимости от ПАВ оба патологических процесса являются значительными факторами риска развития дополнительного соматического заболевания. Отмечается нехватка систематических исследований, направленных на изучение соматической патологии, сопровождающей шизофрению,

ассоциированную с зависимостью от ПАВ. Около 50% больных шизофренией имеют другую соматическую патологию, с высокой частотой встречаются диабет, гиперлипидемия, ожирение, хронические обструктивные бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания, а также гепатиты и ВИЧ-инфекция. Соматические проблемы зависят от различных факторов, включая когнитивные и поведенческие нарушения, обусловленные шизофреническим процессом, а также побочные эффекты психофармакотерапии.

Пожилой возраст, женский пол и нейрокогнитивный дефицит положительно коррелируют с увеличением тяжести сопутствующих шизофрении соматических заболеваний. Некорректированная гипертензия, гиперлипидемия и диабет отмечаются у многих пациентов на фоне «двойного пренебрежения» как со стороны больных, так и со стороны медработников. Чрезмерное употребление алкоголя увеличивает вероятность развития патологических изменений в ЦНС, желудочно-кишечном тракте, а также кроветворной, сердечно-сосудистой, мочеполовой, костно-мышечной и эндокринной системах; увеличивает риск развития некоторых форм злокачественных новообразований. Злоупотребление другими видами ПАВ также сопряжено с повышенным риском соматических заболеваний, таких как гипертензия и миокардиодистрофия при злоупотреблении стимуляторами; патология дыхательной и сердечнососудистой систем при курении; заражение гемоконтактными инфекциями и тяжелые хирургические осложнения в результате парентерального введения ПАВ. Расширение знаний о соматической патологии, сопровождающей шизофрению, коморбидную со злоупотреблением ПАВ, позволит эффективнее конструировать терапевтические стратегии оказания специализированной медицинской помощи данной категории больных.

По наблюдению норвежских исследователей Л. Вустхоффа и Х. Ваала и соавт. при оказании медицинской помощи отмечалась гиподиагностика проблем, связанных с пагубным потреблением ПАВ, коморбидная патология диагностировалась у 10% больных, при реальной распространенности около 30%. Врачи чувствовали себя неподготовленными, отмечали нехватку знаний в вопросах диагностики и лечения больных с «двойным диагнозом». Это согласуется с результатами других исследований, которые описыва-

ют трудности в реализации новых знаний и принципов в отношении коморбидных пациентов.

По мнению многих экспертов, большинство больных с «двойным диагнозом» не получают необходимой помощи в полном объеме. Необходимо создание и реализация эффективных стратегий лечения этой группы пациентов, а разработка научно обоснованных подходов должна оставаться приоритетной задачей.

Проведенный в наших исследованиях анализ и оценка психического состояния обследуемых больных на момент поступления в психиатрическую больницу дали следующие результаты: клиническая картина у трети больных определяется обострением шизофрении психотического уровня, 9,7% госпитализируются с экзогенными психозами (интоксикационными и возникшими на фоне абстиненции). Более половины коморбидных больных поступает без психоза с явлениями абстиненции и поведенческими нарушениями (55,8%). Коморбидные больные без психоза при поступлении в психиатрическую больницу демонстрируют низкий уровень социального функционирования, причем результаты оценки социального функционирования этих пациентов достоверно хуже аналогичных показателей у больных поступивших по медицинским показаниям. Коморбидные больные, поступившие без выраженной психотической симптоматики, по сравнению с коморбидными больными, госпитализированными в психозе, достоверно чаще имели дисфункциональные внутрисемейные отношения (конфликтные отношения у 27,6%, против 8,7%, безучастная позиция родных — у 48,3%, против 32,3%), активная поддержка со стороны близких — только у 6,2 %, против 17,4%. 84,2% больных, поступивших без психоза, активно заявляли о материальных трудностях перед госпитализацией, об отсутствии средств к существованию (против 4,3% больных в подгруппе психотических), и у 77,5% отмечались тяжелые экономические проблемы в прошлом (против 17,3% больных в подгруппе психотических). Больные, поступившие без психоза, чаще имели инвалидность по психическому заболеванию (89,7% против 64,2%), что объяснимо скорее наличием рентных установок, чем тяжестью психического расстройства; и достоверно чаще демонстрировали криминальную активность (54,5% против 17,2%).



Таким образом, социальная декомпенсация, формирующая госпитализм, определяется материальными затруднениями, трудовой дезадаптацией, нарушениями взаимоотношений в микросоциуме, антисоциальными тенденциями этой группы пациентов. Как следствие, многие больные с «двойным диагнозом», добровольно госпитализирующиеся в ПБ, поступают в стационар по причинам скорее не медицинского, а социального характера. Это приводит к неоправданным нагрузкам на госпитальное звено психиатрической службы. Социальная декомпенсация пациентов нарастает, утрачиваются последние навыки самостоятельного социального функционирования. Учитывая все изложенное выше, можно обозначить основные точки приложения профилактических мер, направленных на снижение числа госпитализаций коморбидных больных в ПБ по социальным мотивам. Превенция госпитализаций по «социальным показаниям» у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, — это психотерапевтическая работа с ближайшим окружением пациента (разрушение сложившихся у родственников больного стереотипов в отношении психиатрического стационара как учреждения для временного проживания и социальной поддержки), активная трудовая реабилитация, помощь в трудоустройстве, материальная поддержка. Превенция у полинаркотизирующихся больных шизофренией — в первую очередь, работа с социопатическим паттерном самого пациента (коррекция антисоциальных установок с использованием когнитивно-поведенческих методов, психофармакологическое воздействие на поведенческие нарушения).

Однако полный отказ от госпитализаций по «социальным показаниям» на современном этапе приведет к трагическим последствиям, оставив абсолютно незащищенными психически больных, так как реальных альтернатив поддержки социально неблагополучных, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками больных шизофренией не создано. Эти пациенты одинаково «неудобны» как для психиатрической, так и для наркологической службы. В реабилитационных центрах для наркозависимых больные, имеющие психиатрический диагноз, «не приветствуются». В дневных стационарах и реабилитационных отделениях психиатрической службы наличие у больного шизофренией зависимости от ПАВ

также нежелательно. Кроме того, как в нашей стране, так и за рубежом исследователями отмечается гиподиагностика коморбидной патологии. Это нашло подтверждение в нашей работе. Работая с архивными историями болезни, мы выявили следующую особенность, диагноз «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ» выносился значительно реже, чем фактически наблюдаемая аддиктивная патология. Только у 25,8% пациентов был сформулирован наркологический диагноз, остальные коморбидные больные проходили с единственным диагнозом шизофренического круга, несмотря на подробно описанные в тексте истории болезни симптомы сопутствующего наркологического расстройства. Основная часть поступивших в ПБ была направлена дежурным психиатром скорой психиатрической помощи (48,1%), реже — ПНД (36,8%), и только один человек (0,5%) направлен наркологом. «За тридцать лет своего относительно автономного существования наркологи в значительной части утратили (или не приобрели) необходимые основы психиатрии, а психиатры, в свою очередь, стали существенно хуже понимать и разбираться в проблемах зависимости», — справедливо отмечает А. Ю. Егоров. Эти проблемы остро стоят не только в отечественной системе оказания медицинской помощи, но и за рубежом.

При поступлении в многопрофильный стационар больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ, наиболее частой соматической патологией являются urgentные состояния: отравления, травмы, ожоги. В силу низкого комплаенса и асоциальности большинство коморбидных пациентов не принимали регулярно поддерживающую нейрореплетическую терапию, в связи с чем проблема ятрогенных нарушений обмена у этих больных не актуальна, также как и гипертензия, обусловленная интоксикацией кокаином. Прием кокаина является казуистикой, больные с расстройствами шизофренического спектра употребляют чаще всего алкоголь, каннабис и парентеральные препараты опийной группы, в связи с чем помимо urgentной патологии, широко распространены хронические заболевания ЖКТ, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, гемоконтактные инфекции.

Больные, страдающие расстройствами шизофренического спектра, составляют по нашим данным 2,0% от числа всех посту-

пающих в многопрофильный стационар. Почти половина этих больных (47,7%) имеют сопутствующий наркологический диагноз (пагубное употребление или зависимость от различных видов ПАВ). Среди поступающих в многопрофильный стационар, так же как среди госпитализированных в ПБ, наибольшую группу составили больные шизофренией, злоупотребляющие алкоголем (65,2%), вторую по численности группу образовали полинаркотизирующиеся пациенты с расстройствами шизофренического круга (27,8%), и 7% больных шизофренией страдали монозависимостью от других ПАВ (преимущественно опийного ряда). По своим социально-демографическим характеристикам коморбидные пациенты многопрофильного стационара и психиатрической больницы не имели достоверных различий. Основная часть больных с «двойным диагнозом» (76,9%) кумулируется в специализированных соматопсихиатрическом и токсикологическом отделениях. Основными причинами госпитализации в токсикологическое отделение являлись отравления в результате передозировки ПАВ (50%) или с суицидальной целью (44%). В соматопсихиатрическое отделение почти с одинаковой частотой поступают больные с «двойным диагнозом» после совершения суицида (45%) и эндоформными обострениями на фоне сопутствующей соматической патологии (41%). Реже наблюдается поступление в связи с развившимся экзоформным психозом и соматической патологией у больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ (14%). Больные с «двойным диагнозом» достоверно чаще поступали повторно в соматопсихиатрическое и токсикологическое отделения после совершения суицида или передозировки ПАВ по сравнению с больными шизофренией, неотягощенной химической зависимостью (5,0% против 0,3%;  $p < 0,05$ ).

Необходимо подчеркнуть тот факт, что исследование проводилось в многопрофильном стационаре, имеющем специализированные токсикологическое и соматопсихиатрическое отделения, и можно предполагать, что количество больных шизофренией в других многопрофильных соматических стационарах будет несколько меньшим. Однако причины поступления этой группы пациентов, распределение по нозологической принадлежности, динамика состояния будут сходными с результатами наших наблюдений.

В отделения реанимации и интенсивной терапии, травматологии и на urgentные хирургические койки поступает из приемного покоя и переводами из других отделений 23,1% от общего количества поступивших в стационар коморбидных пациентов. Больные с зависимостью от ПАВ чаще поступают в стационар без сознания, достоверно дольше находятся на лечении в стационаре по сравнению с больными шизофренией без сопутствующего наркологического расстройства (средний койко-день 12,1 против 7,2;  $p < 0,05$ ). Таким образом, наличие у больного с расстройствами шизофренического спектра химической аддикции повышает риск развития и ухудшает течение соматических расстройств.

Анализ причин поступления коморбидных пациентов в многопрофильный стационар показал: все госпитализации коморбидных больных были сопряжены с декомпенсацией соматического или психического состояния. Госпитализаций по так называемым «социальным» показаниям выявлено не было. В то время как поступление больных с «двойным диагнозом» в ПБ по причине социальной дезадаптации регистрируется более чем в половине случаев. Столь очевидная разница в причинах поступлений может быть обусловлена явлениями госпитализма, распространенного среди душевнобольных с большим стажем болезни; стигматизацией психически больных; ориентированности близких пациента и амбулаторной психиатрической службы на решение большинства проблем больного исключительно путем госпитализации его в ПБ; несостоятельностью внебольничного патронажа и отсутствием эффективной реабилитации. В последние годы наметилась положительная динамика в восстановлении, развитии и дальнейшем совершенствовании амбулаторной части психиатрической службы и реструктуризации ее госпитального звена. Как один из вариантов организации стационарной психиатрической помощи, может рассматриваться создание не только соматопсихиатрических, но и психиатрических отделений в структуре крупных городских многопрофильных стационаров. Это позволит значительно сократить стигматизацию психически больных и оптимизировать организацию медицинской помощи при ее оказании в пределах одного учреждения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости алкоголизмом и наркоманией среди больных шизофренией. Несмотря на то, что шизофрения Гретера (форма шизофрении, манифестирующая на фоне алкогольного психоза) описана еще в 1909 г., проблема коморбидности в психиатрии продолжает быть чрезвычайно актуальной и многие ее аспекты остаются недостаточно разработанными. Оценка особенностей симптоматики имеет объективные трудности в силу полиморфизма клинических проявлений.

Проведенные нами исследования показали, что среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, госпитализированных в психиатрический стационар, 36,0% страдает химическими аддикциями. Доля этих больных от общего количества пациентов, получавших стационарное лечение в психиатрическом стационаре, составляет 20,0%. Таким образом, больные с расстройствами шизофренического спектра, страдающие зависимостью от ПАВ, составляют существенную часть среди всех пациентов психиатрического стационара. Среди больных с расстройствами шизофренического спектра, госпитализированных в психиатрический стационар, наиболее распространенными формами химических аддикций являются алкогольная (56,1% случаев) и полисубстантная формы зависимости (41,2% случаев).

По данным катамнеза, у полинаркотизирующихся больных шизофренией психозы развивались чаще и протекали тяжелее. У полинаркотизирующихся — первый психоз достоверно чаще развивался остро, протекал тяжелее, а в дальнейшем приобретал затяжное течение. В алкогольной подгруппе — психотическая симптоматика чаще развивалась подостро, протекала мягче, редуцировалась без тенденции к хронизации. В дальнейшем у всех комор-

бидных больных отмечались как экзоформные, так и эндоформные психозы.

Полученные результаты, с одной стороны, могут свидетельствовать об усилении психотической активности и усугублении дефекта в результате полинаркотизации; с другой стороны, возможно, изначально более прогрессивные и неблагоприятные формы шизофрении служат почвой для формирования полисубстантной зависимости.

Оказание медицинской помощи больным шизофренией, осложненной аддиктивной патологией, сопряжено с особыми трудностями и требует индивидуального подхода.

Можно обозначить основные точки приложения профилактических мер, направленных на снижение числа госпитализаций коморбидных больных в психиатрической больнице по социальным мотивам. Превенция госпитализаций по «социальным показаниям» у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, — это психотерапевтическая работа с ближайшим окружением пациента, заключающаяся в разрушении сложившихся у родственников больного стереотипов в отношении психиатрического стационара как учреждения для временного проживания и социальной поддержки, активной трудовой реабилитации, помощи в трудоустройстве, материальной поддержке. Превенция у полинаркотизирующихся больных шизофренией — в первую очередь, работа с социопатическим паттерном самого пациента (коррекция антисоциальных установок с использованием когнитивно-поведенческих методов, психофармакологическое воздействие на поведенческие нарушения).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В. Б.* Алкоголизм / В. Б. Альтшулер. — М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2010. — 167 с.
2. *Барденштейн Л. М.* Коморбидные формы психических заболеваний / Л. М. Барденштейн, Б. Н. Пивень. — М.: РИФ Стройматериалы, 2008. — 120 с.
3. *Краснов В. Н.* Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство / В. Н. Краснов и др. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. — 260 с.
4. *Менделевич В. Д.* Аддиктивное влечение / В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин. — М.: Медпрессинформ, 2012. — 264 с.
5. *Пятницкая И. Н.* Общая и частная наркология: руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

Шкала «Аудит».  
«AUDIT»  
Alcohol Use Disorders Identification Test

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
№ и/б: \_\_\_\_\_ Диагноз: \_\_\_\_\_  
Эксперт: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2–4 раза в месяц	(3) 2–3 раза в неделю	(4) 4 или более раз в неделю
2. Сколько рюмок* алкогольного напитка Вы выпиваете в тот день, когда употребляете алкоголь?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более
3. Как часто Вы выпиваете 6 или более рюмок?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день



7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что Вы были пьяны?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
9. Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления Вами алкогольных напитков?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**Выберите один или несколько правильных ответов.**

**1. Психоактивное вещество, наиболее часто употребляемое больными шизофренией:**

- А. Галлюциногены
- Б. Стимуляторы
- В. Снотворные
- Г. Алкоголь
- Д. Опиоиды

**2. Психиатр, впервые описавший шизофрению, отягощенную алкоголизмом:**

- А. Крепелин
- Б. Гретер
- В. Блейлер
- Г. Корсаков
- Д. Кандинский

**3. Более ранний возраст первых проявлений психической патологии наблюдался у больных с:**

- А. Зависимостью от опиоидов
- Б. Зависимостью от алкоголя
- В. Зависимостью от стимуляторов
- Г. Полисубстантной зависимостью
- Д. Всё вышеперечисленное

**4. Частота злоупотребления психоактивными веществами психически больными оценивается в диапазоне:**

- А. От 30 до 50% случаев
- Б. От 10 до 20% случаев
- В. От 5 до 15% случаев
- Г. От 1 до 3% случаев
- Д. От 60 до 70% случаев

**5. Повышенный риск развития шизофрении определяется:**

- А. Употреблением каннабиса
- Б. Отягощенной наследственностью
- В. Подростковым возрастом
- Г. Патологическим преморбидом
- Д. Сопутствующей сердечно-сосудистой патологией

**6. Высокий уровень сопряженности шизофренического процесса и аддиктивной патологии определяется дисрегуляцией в:**

- А. Продолговатом мозге
- Б. Варолиевом мосту и мозжечке
- В. Гипоталамусе
- Г. Мезолимбических структурах и префронтальной коре
- Д. Ядрах шва

**7. Специализированная помощь больным с «двойным диагнозом» должна включать:**

- А. Психофармакологическое лечение
- Б. Психотерапевтическое воздействие
- В. Психосоциальные мероприятия
- Г. Обязательные сеансы ЭСТ
- Д. Обязательное лечение в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке

**8. Цель реабилитационных воздействий в сфере наркологии:**

- А. Восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса пациента, позволяющее reintegrироваться (интегрироваться) в общество, на основе отказа от употребления ПАВ

Б. Предупреждение приобщения к ПАВ и формирование здорового образа жизни

В. Нормализация биологического, психологического и социального статуса зависимого от ПАВ посредством дезактуализации наркологических расстройств

Г. Формирование критического отношения к последствиям влияния ПАВ на здоровье пациента и его жизнь

Д. Релевантная реализация неаналитических техник (отреагирование, внушение, катарсис, манипуляции) в рамках реабилитационных воздействий

**9. Клинические мишени, требующие специфических фармакологических вариантов лечения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, злоупотребляющих ПАВ:**

А. Состояние интоксикации и абстинентного синдрома

Б. Шизофренические или депрессивные симптомы и коррекция побочных эффектов антипсихотических препаратов

В. Профилактика рецидивов при шизофрении

Г. Сокращение употребления психоактивных веществ и патологического влечения или профилактика рецидивов, связанных с употреблением психоактивных веществ

Д. Дисгармоничные внутрисемейные отношения

**10. К атипичным алкогольным психозам относятся:**

А. Делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид, делириозно-ONEYРОИДНЫЙ психоз)

Б. Алкогольный делирий

В. Алкогольный делирий с психическими автоматизмами

Г. Острый алкогольный галлюциноз со ступорозными расстройствами (алкогольный ступор)

Д. ПТСР

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

- 1 — Г
- 2 — Б
- 3 — Г
- 4 — А
- 5 — А, Б, Г
- 6 — Г
- 7 — А, Б, В
- 8 — А
- 9 — А, Б, В, Г
- 10 — А, Б, Г

**Для заметок**

**Для заметок**

**А. Е. Добровольская, А. Г. Софронов,  
В. Э. Пашковский, Е. Ю. Тявокина**

**ШИЗОФРЕНИЯ, ОТЯГОЩЕННАЯ АДДИКТИВНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

**Учебное пособие**

Редакторы *Т. В. Руксина, В. А. Мартемьянова*  
Технический редактор *Е. Ю. Паллей*

Подписано в печать 03.09.2015 г.  
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 1,9. Усл. печ. л. 2,8.  
Тираж 100 экз. Заказ № 311.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кировская ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кировская ул., д. 41.