

ПОЛИНАРКОТИЗАЦИЯ КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПРОЯВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Александр Генрихович Софронов, Алла Евгеньевна Добровольская,
Владимир Эдуардович Пашковский*

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, e-mail: pashvladimir@yandex.ru*

Реферат. Выполнено сравнение клинико-динамических характеристик и показателей социального функционирования 76 больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и 46 больных шизофренией, осложнённой полинаркотической зависимостью. Выявлена взаимосвязь между формой химической зависимости, клинико-динамическими характеристиками шизофрении и уровнем социального функционирования. Монозависимость от алкоголя сочетается с меньшей выраженностью психопатологических расстройств и более высоким уровнем социального функционирования, в то время как полисубстантная зависимость сопряжена с более тяжёлым течением шизофренического процесса и гораздо худшими показателями социальной адаптации.

Ключевые слова: коморбидность, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, алкоголизм, полинаркомания, «двойной диагноз».

POLYDRUG ABUSE AS A PATHOPLASTIC FACTOR INFLUENCING THE MANIFESTATIONS OF SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Alexander G. Sofronov, Alla E. Dobrovolskaya,
Vladimir E. Pashkovski

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University,
191015, St. Petersburg, Kirochnaya Street, 41,
e-mail: pashvladimir@yandex.ru

The comparison of clinical-dynamic characteristics and social functioning indicators of 76 patients with schizophrenia and alcohol addiction and 46 patients with schizophrenia and polydrug addiction was carried out. The correlation between type of addiction, clinical-dynamic characteristics and indicators of social functioning were identified. Addiction to alcohol is associated with low intensity of psychopathological symptoms and higher rate of social functioning while polydrug addiction is associated with more severe schizophrenia course and low indicators of social adaptation.

Key words: comorbidity, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, alcohol addiction, polydrug addiction, dual diagnosis.

Большинство споров последних лет относительно коморбидности психических расстройств, сосредоточивались на утилитарной стороне вопроса, обсуждалась практическая выгода того или иного терапевтического подхода, прогнозирование результатов лечения и опти-

мизация медицинских услуг. В то время как изучение феномена коморбидности, или как уточняют некоторые исследователи – «мультиморбидности» [11], имеет очевидные теоретические последствия. Частое совместное развитие психических расстройств, стало рассматриваться как доказательство идеи о том, что эти расстройства не являются дискретными объектами [17].

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 высказал Е. Краепелин в одной из поздних работ, где он отклонил модель дискретных сущностей болезни даже для dementia praecox и маниакально-депрессивного психоза [21]. Тем не менее, появление феномена «сосуществующих психических расстройств» не обязательно 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 [1]. Современные клинические исследования «коморбидности» могут быть полезны в поисках «истинного лица психической болезни» [23]. Отмечаются некоторые подвижки в этом направлении: по данным U. Vaidyanathan et al. [29], коморбидность психических расстройств в человеческой популяции образует определённое и конечное число паттернов. Эти выводы имеют

важное значение для изучения этиологии психических расстройств. Многие, предположительно отдельные, расстройства имеют общие этиологические факторы. Например, частично совпадающий генотип при большом депрессивном эпизоде и генерализованном тревожном расстройстве [19, 24] или частично совпадающий генетический вклад в антисоциальное личностное расстройство и зависимость от психоактивных веществ [20, 22]. Если демаркации производятся там, где они не существуют в природе, вероятность того, что несколько диагнозов появятся в каждом конкретном случае, увеличивается [23].

Полтора века психиатры спорят об особенностях клинических проявлений шизофрении, ассоциированной с алкоголизмом или наркоманией. Часть специалистов склоняется к мнению о смягчении симптомов эндогенного заболевания под влиянием хронической интоксикации ПАВ [12, 25], другая часть исследователей утверждает обратное, подчёркивая неблагоприятный прогноз шизофрении, отягощённой наркологической патологией [7, 10, 11, 14, 16, 27]. Ряд авторов вообще не видит различий между клиническими характеристиками больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ и наркологически интактных пациентов [15, 31]. По-видимому, такой разброс мнений можно объяснить значительным субъективизмом, присущим «описательной» психиатрии и чрезвычайным многообразием клинических моделей. Эпидемиологический аспект проблемы коморбидности расстройств шизофренического спектра и злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) также остаётся недостаточно разработанным. В виду нечёткости диагностических критериев, непоследовательности формирования исследуемых выборок, данные о распространённости и структуре коморбидной патологии, существенно разнятся [18, 28]. Эксперты сходятся в своих оценках только в одном вопросе: по мнению исследователей – распространённость наркологической патологии среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра в несколько раз превышает таковую в популяции психически здоровых, при этом в последние десятилетия отмечается рост заболеваемости алкоголизмом и наркоманией среди этой категории больных. [3, 6, 9, 26, 30]. Проведённое нами ранее исследование показало – больные с расстройствами шизофренического спектра, страдающие зависимостью от ПАВ составляют существенную долю пациентов психиатрического стационара [4, 5]. При этом,

наиболее распространенными формами химических аддикций являются алкогольная и полисубстантная формы зависимости [5].

Мы предположили, что подобное разделение не случайно и связано с определённой тропностью отдельных форм химических аддикций к различным группам расстройств шизофренического спектра.

Целью исследования явилось сопоставление клинико-динамических характеристик и показателей социального функционирования больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и больных шизофренией, осложнённой полинаркотической зависимостью, получающих медицинскую помощь в условиях психиатрического стационара.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 140 человек обоего пола (118 мужчин и 22 женщины), поступившие на лечение в психиатрический стационар в 2010–2012 гг. Критерии включения: возраст старше 18 лет; наличие «двойного» диагноза, установленного в соответствии с рубриками F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» и F1 «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ» МКБ-10; наличие в анамнезе не менее 10 лет наблюдения психиатрической службой. Клинические формы шизофрении были представлены параноидной формой (48,6%), реже регистрировался простой тип (27,1%). Значительно реже и почти с одинаковой частотой отмечались шизотипическое и шизоаффективное расстройства (7,1% и 8,6% соответственно), а так же – остаточная форма шизофрении (8,6%). У 90% больных отмечался синдром зависимости от ПАВ (F1x.2), 10% пациентов употребляли ПАВ с пагубными последствиями (F1x.1). В зависимости от «предпочитаемого» ПАВ все пациенты были распределены на две группы: 1-я – больные шизофренией, у которых отмечалось употребление алкоголя с вредными последствиями или синдром зависимости от алкоголя (76 чел.), 2-я – полинаркотизирующиеся больные шизофренией (46 чел.). Выраженность психотических проявлений при поступлении в стационар оценивалась по шкале PANSS, социальное функционирование по шкале PSP.

Результаты исследования. Межгрупповое сопоставление показателей больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, и больных шизофренией, имеющих полинаркотическую зависимость, выявило следующие статистически

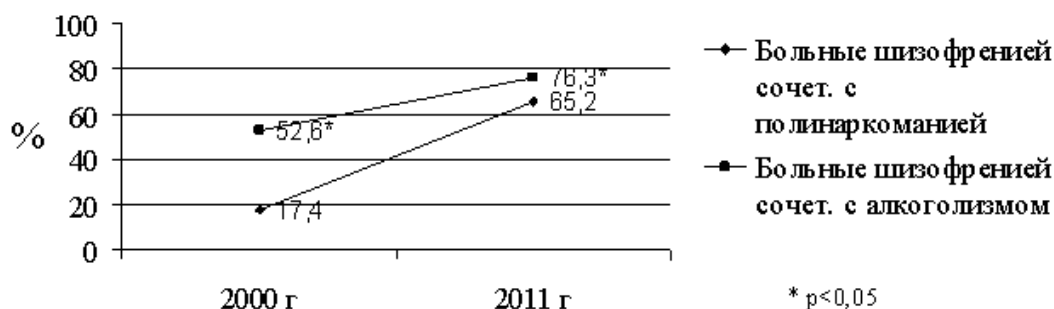


Рис. 1. Темпы инвалидизации у больных с алкогольной и полисубстантной зависимостью.

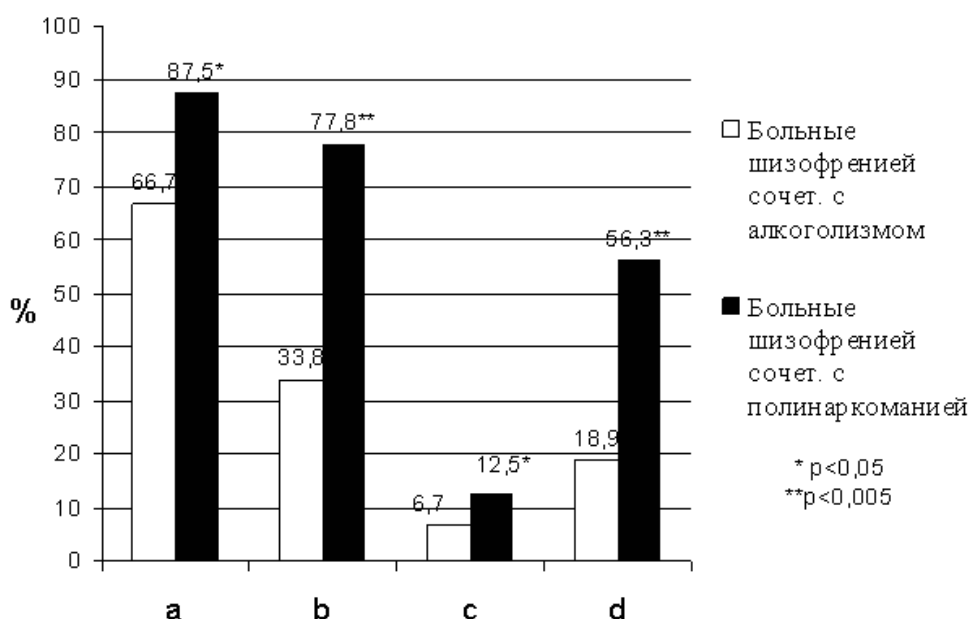


Рис. 2. Показатели социального функционирования.

a – социально полезная деятельность; b – социально-значимые отношения; c – беспомощность; d – агрессивное поведение.

значимые различия: пациенты в подгруппе полизависимых в среднем были моложе ($34,4 \pm 7,4$ против $43,0 \pm 10,1$; $p < 0,05$), становились инвалидами в более ранние сроки, при этом темпы инвалидизации полинаркотизирующихся оказались значительно выше (рис. 1). Показатели социального функционирования по данным шкалы PSP были достоверно хуже в подгруппе полинаркотизирующихся (рис. 2).

Средний балл по шкале PSP у полинаркотизирующихся был достоверно ниже, чем у алкоголизирующихся (28,9 баллов против 37,8; $p < 0,05$). Рейтинг менее 30 баллов соответствует крайне выраженному ухудшению функционирования,

полинаркотизирующихся в этом диапазоне оказалось достоверно больше (68,8% больных против 30,0%; $p < 0,05$). Пациенты из подгруппы полинаркотизирующихся достоверно чаще совершали противоправные действия (43,5% против 21,0%; $p < 0,05$) и имели проблемы, связанные с приводами в полицию и судимостью.

При сопоставлении клинико-динамических характеристик (возраста дебюта психического заболевания и начала приёма ПАВ, частоты и характера обострений, общеклинической тяжести психозов, выраженности продуктивных и негативных расстройств) были выявлены следующие закономерности (рис. 3): полизависимые

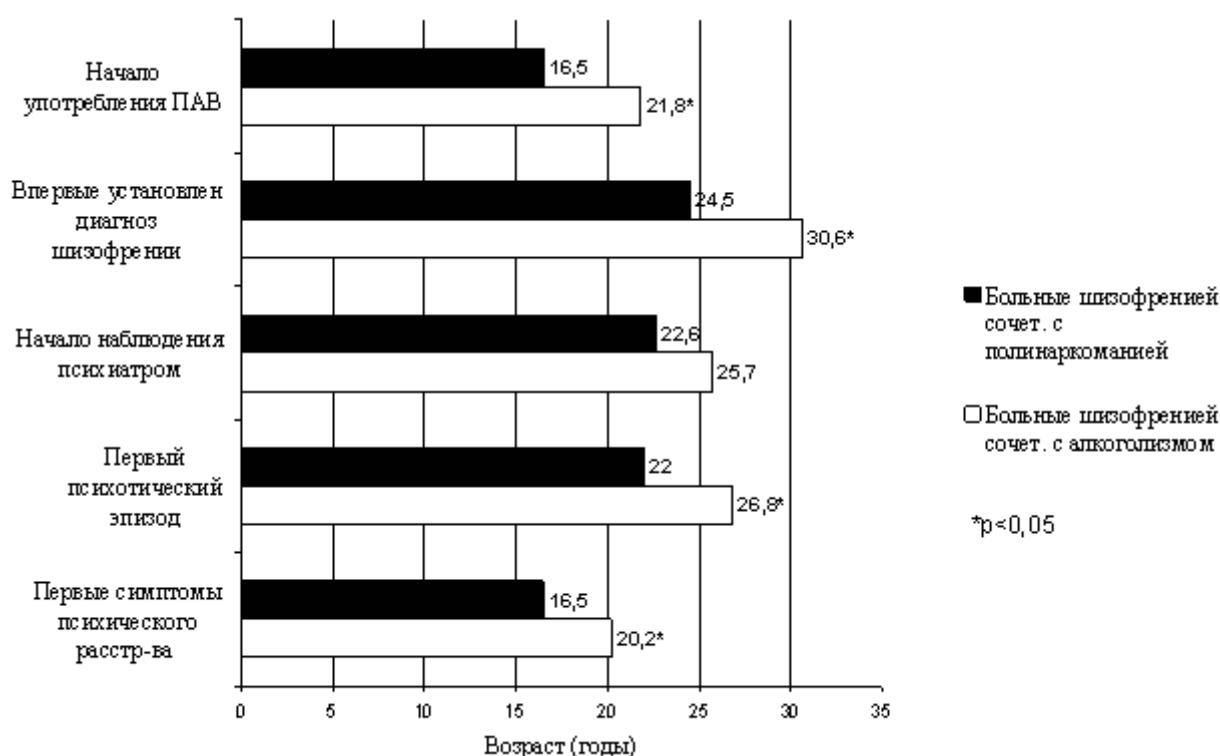


Рис. 3. Возрастные показатели течения шизофрении у больных с «двойным диагнозом».

больные шизофренией в значительно более молодом возрасте начинали приём 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 переносили психозы за 10 лет наблюдения.

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: $p = 0,061$), средний балл по подшкале общепсихопатологических симптомов в подгруппе поли-

наркоктизирующих был также выше ($56,4 \pm 8,4$ против $51,7 \pm 5,5$; $p < 0,05$).

Обсуждение результатов. Ещё К. Binswanger [13] говорил о комбинации «мягких» форм шизофрении с алкоголизмом. Позднее, о сочетании алкоголизма преимущественно с относительно благоприятно протекающими формами шизофрении, в том числе вялотекущей формой писали отечественные учёные [2]. В то время как полинаркомания развивается на фоне выраженной психической патологии, в том числе – прогрессивной шизофрении [8]. Анализ полученных нами результатов исследования свидетельствует о том, что между формой химической зависимости, клинико-динамическими характеристиками шизофренических расстройств и уровнем социального функционирования больных с «двойным диагнозом» существует взаимосвязь. Монозависимость от алкоголя сочетается с меньшей выраженностью психопатологических расстройств и более высоким уровнем социального функционирования, в то время как полисубстантная зависимость сопряжена с более тяжёлым течением шизофренического процесса и гораздо худшими показателями социальной адаптации.

Таким образом, результаты исследования показали, что больные шизофренией, осложнённой полисубстантной зависимостью, и больные шизофренией с синдромом зависимости от алкоголя имеют существенные и достоверные отличия по ряду клинико-динамических характеристик и показателей социального функционирования. Для больных шизофренией с полисубстантной зависимостью был характерен достоверно более ранний возраст первых проявлений психической патологии, первого психотического эпизода, установления диагноза шизофрении, и начала злоупотребления ПАВ. Острые психотические состояния у этой категории больных развивались чаще и в большинстве случаев протекали более длительно и тяжело, выше была доля эндоформных психозов, тогда как экзоформные психозы случались одинаково часто в обеих группах. По результатам обследования по шкале PANSS у больных шизофренией с полисубстантной зависимостью, тяжесть продуктивной и негативной симптоматики была более выраженной, чем у больных шизофренией с зависимостью от алкоголя. Больные шизофренией с полисубстантной зависимостью становились инвалидами достоверно в более ранние сроки, чаще совершали противоправные действия и имели достоверно худшие показатели по шкале PSP во всех областях.

Полученные результаты могут свидетельствовать об усилении психотической активности и усугублении дефекта в результате полинаркотизации. Таким образом, полинаркотизация может выступать значимым патопластическим фактором, влияющим на проявления шизофренического процесса. С другой стороны, возможно, изначально более прогрессивные и неблагоприятные формы шизофрении служат почвой для формирования полисубстантной зависимости.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 17-29-02173).

ЛИТЕРАТУРА

1. Барденштейн Л.М., Пивень Б.Н. Коморбидные формы психических заболеваний. М.: РИФ Стройматериалы, 2008. 120 с.
2. Гофман А.Г. О некоторых особенностях синдрома вербального галлюциноза при разных формах шизофрении, осложнённой хроническим алкоголизмом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1965. С. 130–139.
3. Гофман А.Г., Яшкина И.В., Пономарева Н.А. Опыт изучения эндогенных психических заболеваний, сочетающихся с опийной наркоманией // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 3. С. 79–80.
4. Добровольская А.Е., Зиновьев С.В. Пути первичного выявления психически больных с сопутствующей аддиктивной патологией // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011. №9. С. 68–72.
5. Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э. Некоторые социально-демографические и клинико-динамические показатели больных шизофренией, отягощённой злоупотреблением психоактивными веществами // Наркология. 2012. Т.122. №2. С. 50–53.
6. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии : дисс. ... докт. мед. наук. М., 1996. 354 с.
7. Красильников Г.Т., Дресвянников В.Л., Бохан Н.А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. 2002. № 6. С. 24–31.
8. Софронов А.Г. Клинико-экспериментальное обоснование новых подходов к оказанию психиатрической и токсикологической помощи при злоупотреблении опиатами: дисс. ... докт. мед. наук. СПб, 1995. 374 с.
9. Чирко В.В., Дёмина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). М.: Медпрактика, 2002. 240 с.
10. Allebeck P., Adamsson C., Engstrom et.al. Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of cases treated in Stockholm // Acta Psychiatr. Scand. 1993. Vol. 88. P. 21–24.
11. Angst J., Sellaro R., Merikangas K.R. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity // Eur. Arch. Psychiatry. 2002. Vol. 252. P. 147–54.
12. Bersani G., Orlandi V., Kotzalidis G.D., Pancheri P. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes // Eur. Arch. Psych. Clin. Neurosci. 2002. Vol. 252, №2. P. 86–92.

13. Binswanger K. Uber schizoide Alkoholiker // Z. Ges. Neurol. Psychiat. 1920. Vol. 60. P. 127–159.
14. Bühler B., Hambrecht M., Löffler W., an der Heiden W., Häfner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse – a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes // Schizophr. Res. 2002. Vol. 54. №3. P. 243–51.
15. Cantwell R. Scottish Comorbidity Study Group Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use // Br. J. Psychiatry. 2003. Vol. 182. P. 324–329.
16. Caspari D. Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1999. Vol. 249, №1. P. 45–9.
17. Cloninger C.R., M. Maj, W. Gaebel, J.J. López-Ibor, et al. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence. In: Psychiatric Diagnosis and Classification. Chichester: John Wiley & Sons, 2002. P. 79–105.
18. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcome // Schizophr. Res. 1999. Vol. 35. P. 93–100.
19. Kendler K.S. Major depression and generalised anxiety disorder : same genes, (partly) different environments – Revisited // Br. J. Psychiatry. 1996. Vol. 168. P. 68–75.
20. Kendler K.S., Prescott C.A., Myers J. et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance abuse disorders in men and women // Arch. Gen. Psychiatry. 2003. Vol. 60. P. 929–937.
21. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1920. Vol. 62. P. 1–29.
22. Krueger R.F., Hicks B.M., Patrick C.J. et al. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality : modeling the externalizing spectrum // J. Abnorm. Psychol. 2002. Vol. 111. P. 411–424.
23. Maj M. 'Psychiatric comorbidity' : an artefact of current diagnostic systems? // Br. J. Psychiatry. 2005. Vol. 186. P. 182–184.
24. Middeldorp C.M., Cath D.C., Van Dyck R. et al. The comorbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology : a review of twin and family studies // Psychological Medicine. 2005. Vol. 35, №5. P. 611–624.
25. Peralta V., Cuesta M.J. Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology // Acta Psychiatr. Scand. 1992. Vol. 85, №2. P. 127–130.
26. Ross S., Peselow E. Co-Occurring Psychotic and Addictive Disorders : Neurobiology and Diagnosis // Clin. Neuropharm. 2012. Vol. 35. P. 235–243.
27. Soyka M., Albus M., Immler B., Kathmann N., Hippus H. Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics – are there differences? // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001. Vol. 251, №5. P. 232–238.
28. Uchtenhagen A. Schizophrenia and substance dependence // Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 1995. Vol. 146, № 5. P. 215–223.
29. Vaidyanathan U., Patrick C.J., Iacono W.G. Patterns of comorbidity among mental disorders: a person-centered approach // Compr. Psychiatry. 2011. Vol. 52, №5. P. 527–535.
30. Westermeyer J. Comorbid Schizophrenia and Substance Abuse : A Review of Epidemiology and Course // Am. J. Addict. 2006. Vol. 15, №5. P. 345–355.
31. Zisook S., Heaton R., Moranville J. et al. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. P. 552–553.

REFERENCES

1. Bardenshtein L.M., Piven' B.N. *Komorbidnye formy psikhicheskikh zabolevaniy*. Moscow: RIF Stroimaterialy, 2008. 120 p. (in Russian)
2. Gofman A.G. In: *Voprosy sotsial'noi i klinicheskoi psikhonevrologii*. Moscow, 1965. pp. 130–139. (in Russian)
3. Gofman A.G., Yashkina I.V., Ponomareva N.A. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 1999. № 3. pp. 79–80. (in Russian)
4. Dobrovol'skaya A.E., Zinov'ev S.V. *Vestnik nevrologii, psikhiatrii i neurokhirurgii*. 2011. №9. pp. 68–72. (in Russian)
5. Dobrovol'skaya A.E., Sofronov A.G., Pashkovskii V.E. *Narkologiya*. 2012. Vol. 122. №2. pp. 50–53. (in Russian)
6. Klimenko T.V. *MD dissertation (Medicine)*. Moscow, 1996. 354 p. (in Russian)
7. Krasil'nikov G.T., Dresvyannikov V.L., Bokhan N.A. *Narkologiya*. 2002. № 6. pp. 24–31. (in Russian)
8. Sofronov A.G. *MD dissertation (Medicine)*. St. Petersburg, 1995. 374 p. (in Russian)
9. Chirko V.V., Demina M.V. *Ocherki klinicheskoi narkologii (narkomanii i toksikomanii: klinika, techenie, terapiya)*. Moscow: Medpraktika, 2002. 240 p. (in Russian)

Поступила 13.03.18.