

Алкоголизм в сочетании с другими психическими заболеваниями

Содержание:

1. Алкоголизм и шизофрения.
2. Алкоголизм и психопатия.
3. Алкоголизм и эпилепсия.

Алкоголизм довольно часто сочетается с другими психическими заболеваниями. По некоторым данным, показатель коморбидности достигает 78 % [Ross H. E. et al., 1988]. С алкоголизмом сочетаются психопатии, неврозы, депрессии, шизофрения, органические заболевания головного мозга и др. Психопатии формируются до начала алкоголизма почти всегда, шизофрения — в 60 % случаев, неврозы — в 45—60 %; в остальных случаях коморбидности эти заболевания возникают на фоне алкоголизма (при оценке приведенных количественных показателей следует иметь в виду, что они были получены с помощью различных шкал и вопросников, что могло привести к расширительной и нозологически аморфной диагностике).

1. Алкоголизм и шизофрения.

При очень большом разбросе показателей, отражающих распространенность шизофрении среди больных алкоголизмом и алкоголизма среди больных шизофренией, чаще всего то и другое определяется приблизительно в 10 % случаев [Freed E., 1975]. Согласно 8-му Специальному отчету Министерства здравоохранения и социального обеспечения США Конгрессу о влиянии алкоголя на здоровье (1993), среди больных алкоголизмом шизофрения встречается в 4 раза чаще, чем в общем населении, а среди больных, лечащихся в наркологических учреждениях, — в 7 раз чаще.

По вопросу о том, как влияют эти два заболевания друг на друга, имеются существенные разногласия: если в упомянутом докладе говорится, что при таком сочетании состояние больного больше напоминает шизофрению, чем алкоголизм, то в другом авторитетном американском источнике («Практическое руководство по лечению алкоголизма», 2-е изд., 1988) утверждается абсолютно противоположное.

Как бы то ни было, существует два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении. Первый из них связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. Имеется достаточное число наблюдений, свидетельствующих о том, что «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, сопротивления терапии, активных поисков спиртного; больные пассивно подчиняются режиму, сохраняют ровное настроение, невозмутимо отрицают желание выпить. То же относится и к абстинентному синдрому, который ограничивается астеническими, апатическими, субдепрессивными и ипохондрическими расстройствами, иногда с признаками беспокойства и тревоги, но без назойливости, жалоб и просьб.

«Негативная» же симптоматика алкоголизма (алкогольная деградация), наоборот, развивается очень быстро, приобретая черты опущенности, тупого безразличия к судьбе и к окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к немедленному возобновлению пьянства при первой возможности и малейшем поводе.

В общем, течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, поскольку оно характеризуется малой курабельностью и крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий. Это впечатление усиливается особенностями алкогольного опьянения: в его картине — параноидность, импульсивные поступки, стереотипии, дурашливость и другие формы нелепого поведения, что вызывает негативную реакцию окружающих и ускоряет повторную госпитализацию. С другой стороны, нередко наблюдаются спонтанные длительные ремиссии алкоголизма у больных шизофренией, что совпадает либо с обострением галлюцинаторно-бредовых расстройств, либо с развитием глубокого шизофренического дефекта [Шумаков В. М., 1971].

Второй аспект проблемы — это влияние алкоголизма на шизофрению.

Оно также неоднозначно, но в общем противоположно тому, что было сказано о влиянии шизофрении на алкоголизм. При всех формах шизофрении алкоголизм вызывает усиление, обострение и оживление галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ускоряет рецидивирование болезни, учащает стационарирование больных. Психопатологические нарушения нередко приобретают атипичный для шизофрении характер: конкретность, предметность, появляются физический оттенок синдрома Кандинского — Клерамбо, истинный вербальный галлюциноз, зрительные галлюцинации, делириозные переживания.

Отмечаются смягчение, «размывание» шизофренического дефекта — за счет большей общительности, живости, активности, откликаемости пациентов, что больным шизофренией, не сочетающейся с алкоголизмом, несвойственно. Впервые описавший такие особенности психического дефекта при сочетании шизофрении с алкоголизмом швейцарский психиатр Graeter (1909) объяснил их простым сложением противоположных изменений в эмоционально-волевой сфере, свойственных этим двум заболеваниям. Е. Краепелин (1927) связал их с обилием социальных контактов, которые характерны для алкоголизма и препятствуют шизофренической аутизации. С. Г. Жислин (1965) отмечал, что при наличии алкоголизма у больных шизофренией не обнаруживаются не только эмоционально-волевые признаки шизофренического дефекта, но и соответствующие им специфические нарушения мышления, а это говорит, по мнению автора, о качественных изменениях патогенетического механизма.

Лечение таких больных представляет крайне трудную задачу. Его непосредственной целью является максимальная стабилизация психического состояния с помощью психофармакологических препаратов и детоксикации с последующей реабилитацией и ресоциализацией. Возможности психотерапии здесь ограничены в силу противопоказаний к применению ряда методик (гипноз, межличностно-конфронтационные подходы и др.) и низкой эффективности [McLellan A. T. et al., 1981].

2. Алкоголизм и психопатия.

Преморбидно психопатические личности составляют до 5 % больных алкоголизмом женщин и до 20 % больных алкоголизмом мужчин [Shuckit M., 1989], а по некоторым данным [Ross H. E. et al., 1988] — до 42 % больных (это в 21 раз превышает распространенность психопатий в населении). Такое сочетание крайне неблагоприятно сказывается на результате лечения, поскольку оно сопровождается взаимным усилением проявлений алкоголизма и психопатий [Rounsaville B. J. et al., 1987].

Алкоголизм у психопатических личностей характеризуется ранним началом систематического пьянства и собственно болезни, более тяжелым нарушением социальных функций, слабостью и неустойчивостью трезвеннических установок и критики к болезни, частыми

рецидивами, возбуждением, агрессией, суицидальным поведением в опьянении [Hesselbrock M. N. et al., 1985].

Однако во многих случаях симптоматика алкоголизма в узком смысле слова, т. е. структура, выраженность и динамика основных синдромов заболевания (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром, алкогольная деградация), у психопатических личностей не отличается особой тяжестью. Более того, она неотчетлива и не имеет завершенности. Но психопатическая симптоматика под влиянием алкоголизма резко усиливается, и эти больные, даже алкоголизмом I стадии, создают острейшие социальные проблемы и большие терапевтические трудности, что уже на столь раннем этапе приводит к лишению их родительских прав, к принудительному лечению и т. п. [Павлова О. О., 1993].

Итак, разрывать порочный круг взаимного утяжеления психопатии и алкоголизма следует путем активной и комплексной противоалкогольной терапии — с максимальной индивидуализацией, коррекцией поведения, подавлением патологического влечения к алкоголю, с привлечением значимых лиц из ближайшего окружения больного, которые должны помочь осуществлению лечения в полном объеме. Очень нередко устранение одних лишь сугубо «алкогольных» расстройств (абстинентные, неврастеноподобные, влечение к алкоголю) приводит к заметной нормализации поведения и к установлению сотрудничества больного с врачом.

3. Алкоголизм и эпилепсия.

Эпилептические припадки находятся в тесных патогенетических взаимоотношениях с алкоголизмом. Особенно близка их связь с ААС. Об этом свидетельствует тот факт, что 85 % всех случаев эпилептических припадков у больных алкоголизмом наблюдается при ААС. Они отмечаются почти у 50 % больных белой горячкой — в дебюте или на высоте психоза, являясь свидетельством тяжелого течения этого заболевания. Гораздо реже бывают припадки во время алкогольного опьянения, в основном при тяжелых запоях, близких к завершению, когда нарастают абстинентные расстройства. Все подобные случаи объединяются под названием «алкогольная эпилепсия».

Отличительными особенностями алкогольной эпилепсии являются возникновение на поздних этапах алкоголизма (конец II стадии — переход к III стадии), прямая связь с алкогольной интоксикацией (в период ремиссии алкоголизма припадки прекращаются) и развитие психической деградации по алкогольному, а не по эпилептическому типу.

Другой вариант наличия эпилептических припадков у больных алкоголизмом — это комбинация алкоголизма с генуинной эпилепсией. Здесь роль алкоголизма заключается в обострении и утяжелении симптоматики эпилептической болезни, что особенно заметно при ее первоначально доброкачественном течении [Голодец Р. Г., 1971]. В этих случаях эпилептические припадки возникают изредка и в периоды трезвости, но при злоупотреблении алкоголем, особенно после запоев, резко учащаются; abortивные и неразвернутые формы припадков замещаются большими, иногда серийными вплоть до эпилептического статуса, в клинической картине большое место начинают занимать дисфорические состояния (последние относятся не только к эпилептическим расстройствам, но и к типичным проявлениям патологического влечения к алкоголю и потому отличаются большей устойчивостью, преобладанием депрессивной окраски). Психическая деградация формируется по эпилептическому типу, однако в ее структуре более выражены не торпидность, а взрывчатость и брутальность.

Алкоголизм у больных генуинной эпилепсией обычно характеризуется тяжелым течением, отличаясь быстрым формированием, большой силой патологического влечения к алкоголю, запойным типом злоупотребления спиртным и измененными формами алкогольного опьянения

(возбуждение, агрессия, амнезия). Такие особенности алкоголизма, по-видимому, связаны с влиянием генетического фактора: алкоголизм, в частности его запойные формы, чаще, чем в общей популяции, встречается среди родственников больных генуинной эпилепсией, преимущественно в восходящих поколениях [Утин А. В., Вавильчева А. И., 1976]. Возможно и относительно благоприятное течение алкоголизма — с длительными ремиссиями (в этих случаях больные занимаются хозяйством, накопительством, заботятся о здоровье, преследуют другие «приземленные» интересы).

Наконец, еще один вариант сочетания алкоголизма с эпилептическими припадками — это наличие того и другого у больных с органическими, чаще всего травматическими, поражениями головного мозга. Характерная для травматической эпилепсии регрессиентность заболевания в случае присоединения алкоголизма утрачивается, сменяясь учащением припадков и их психических эквивалентов, особенно дисфорических состояний. Алкоголизм в этих случаях отличается очень быстрым формированием (1—2 года после начала систематического злоупотребления спиртным), низкой толерантностью к алкоголю, церебральными расстройствами в структуре абстинентного синдрома (головная боль, головокружение, рвота, судороги мышц конечностей, парестезии), агрессивным и суицидальным поведением в опьянении, наличием амнестических форм опьянения, преобладанием запойного типа пьянства [Чуркин Е. А., 1971].

Эти же особенности алкоголизма характерны и для его сочетаний с прочими, без эпилептических припадков, органическими заболеваниями головного мозга — воспалительными, сосудистыми, травматическими и др. При присоединении алкоголизма все подобные заболевания протекают с быстрым развитием психического органического дефекта, который со временем достигает той или иной степени слабоумия. Следует, однако, иметь в виду, что при достаточно длительном воздержании от алкоголя психический дефект может отчасти подвергаться обратному развитию, хотя в меньшей мере, чем при «чистой» алкогольной деменции