

# Особенности психопатологических расстройств и влечения к алкоголю у больных параноидной шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью при разных вариантах антипсихотической терапии

Кошкин Е. А.<sup>1,2</sup>

врач-психиатр ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы»

Данилин И. Е.<sup>2</sup>

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы»

<sup>1</sup> – ГБУЗ «ПКБ №13 ДЗМ» Филиал №1 Диспансерное отделение №2

<sup>2</sup> – Кафедра психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы

**Автор для корреспонденции:** Кошкин Егор Анатольевич; **e-mail:** Yago282@yandex.ru

**Финансирование.** Исследование выполнено без внешнего финансирования.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Обоснование.** Сочетание шизофрении с алкогольной зависимостью обычно утяжеляет течение заболевания, способствует более частым обострениям и затрудняет лечение. У таких больных нередко снижается соблюдение назначений. Выбор антипсихотической терапии в этой клинической ситуации остаётся непростой задачей. Данных о том, как разные варианты антипсихотического лечения связаны с выраженностью психопатологических расстройств, тяжестью алкогольной зависимости и влечением к алкоголю, пока немного. **Цель.** Изучить особенности психопатологических расстройств, тяжесть алкогольной зависимости и выраженность влечения к алкоголю у больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью при разных вариантах антипсихотической терапии. **Материалы и методы.** Проведено одномоментное наблюдательное исследование 49 больных параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10) с синдромом зависимости от алкоголя. В зависимости от основной антипсихотической терапии больные были разделены на четыре группы: получавшие пролонгированные формы антипсихотиков, получавшие галоперидол, получавшие атипичные антипсихотики второго поколения и получавшие антипсихотики третьего поколения — арипипразол или карипразин. Оценивали выраженность психопатологических расстройств, тяжесть алкогольной зависимости и силу текущего влечения к алкоголю. Для этого использовали шкалу позитивных и негативных синдромов, опросник для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя, и визуальную аналоговую шкалу. Для обработки результатов применяли непараметрические методы. **Результаты.** У больных, получавших разные варианты антипсихотической терапии, показатели тяжести алкогольной зависимости, выраженности влечения к алкоголю и позитивной симптоматики были неодинаковыми. Наименее благоприятные показатели отмечались у пациентов, получавших галоперидол: у них были выше тяжесть алкогольной зависимости, сильнее текущее влечение к алкоголю и более выражена позитивная симптоматика. Наиболее низкие показатели алкогольной зависимости и влечения к алкоголю наблюдались в группе антипсихотиков третьего поколения. У больных, получавших пролонгированные формы и атипичные антипсихотики второго поколения, показатели занимали промежуточное положение. **Заключение.** У больных шизофренией с алкогольной зависимостью при разных вариантах антипсихотической терапии выявлены различия в выраженности психопатологических расстройств, тяжести алкогольной зависимости и влечения к алкоголю. Поскольку исследование носило одномоментный наблюдательный характер, полученные данные отражают связь между проводимой терапией и состоянием больных, но не позволяют судить о прямом влиянии лечения. Эти результаты могут служить основанием для дальнейших проспективных исследований.

**Ключевые слова:** шизофрения, алкогольная зависимость, двойной диагноз, антипсихотики, психопатологическая симптоматика, PANSS, AUDIT

doi: 10.29234/2308-9113-2026-14-1-120-130

**Для цитирования:** Кошкин Е. А., Данилин И. Е. Особенности психопатологических расстройств и влечения к алкоголю у больных параноидной шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью при разных вариантах антипсихотической терапии. *Медицина* 2026; 14(1): 120-130

## Введение

Сочетание шизофрении и алкогольной зависимости относится к числу наиболее сложных клинических вариантов «двойного диагноза». Наличие сопутствующей алкогольной зависимости утяжеляет течение основного заболевания, ухудшает социальное функционирование и затрудняет проведение длительной терапии. У таких больных чаще снижается приверженность к лечению, что отрицательно сказывается на стабильности состояния и прогнозе. По данным эпидемиологических исследований, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, выявляются у 40–50% больных шизофренией, при этом алкоголь остаётся одним из наиболее распространённых веществ в этой группе [1–4].

Сочетание шизофрении и алкогольной зависимости связано с более частыми обострениями и повторными госпитализациями, большей выраженностью позитивных расстройств, повышенным риском суицидального и агрессивного поведения. По сравнению с больными шизофренией без сопутствующей зависимости у этих пациентов также чаще отмечается низкая приверженность к терапии [5–10]. В такой ситуации выбор антипсихотического лечения приобретает особое значение, поскольку он может быть связан не только с уменьшением психопатологической симптоматики, но и с выраженностью влечения к алкоголю и других проявлений алкогольного поведения.

Имеются данные о том, что применение антипсихотиков первого поколения с выраженным блокирующим действием на дофаминовые рецепторы второго типа может неблагоприятно отражаться на проявлениях зависимого поведения. Вместе с тем результаты исследований остаются противоречивыми и нередко касаются лишь отдельных препаратов [11–15]. Сравнительных работ, в которых сопоставлялись бы разные варианты антипсихотической терапии, включая пролонгированные формы и антипсихотики третьего поколения, у больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью пока немного.

## Цель исследования

Цель исследования — изучить особенности психопатологических расстройств, выраженность влечения к алкоголю и тяжесть алкогольной зависимости у больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью при разных вариантах антипсихотической терапии.

## Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе диспансерного отделения № 2 филиала № 1 ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ». В исследование включали пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с клинически установленным и верифицированным диагнозом параноидной шизофрении (F20.0 по

МКБ-10), находившихся в состоянии устойчивой лекарственной ремиссии. Критериями исключения являлись наличие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения, злокачественного нейролептического синдрома, а также иных клинических или психологических факторов, препятствовавших продуктивному контакту и выполнению психометрических методик.

В исследовании приняли участие 49 пациентов с диагнозом параноидной шизофрении (F20.0), сочетавшейся с синдромом зависимости от алкоголя. Наличие алкогольной зависимости устанавливали на основании анамнестических и клинических данных; дополнительно учитывали результаты опросника для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT): не менее 17 баллов у мужчин и не менее 11 баллов у женщин. В зависимости от основного варианта антипсихотической терапии пациенты были распределены на четыре группы: пролонгированные формы антипсихотиков, антипсихотики первого поколения (галоперидол), атипичные антипсихотики второго поколения и антипсихотики третьего поколения. Допускалось назначение сопутствующей психофармакотерапии (антидепрессанты, нормотимики, корректоры побочных эффектов), которая при формировании групп отдельно не учитывалась.

В первую группу вошли 13 пациентов (7 мужчин и 6 женщин), получавших в качестве основной терапии пролонгированные формы антипсихотиков: галоперидол-депо, флуфеназин-депо, рисперидон конста, зуклопентиксол-депо, палиперидон ксеплион и палиперидон тревикта. Средний возраст пациентов этой группы составил 39 лет. Средняя длительность шизофрении составляла 25 лет, средняя длительность злоупотребления алкоголем — 22 года.

Во вторую группу были включены 13 пациентов (8 мужчин и 5 женщин), получавших галоперидол. Средний возраст пациентов этой группы составил 40 лет. Средняя длительность шизофрении составляла 21 год, средняя длительность злоупотребления алкоголем — 22 года.

Третью группу составили 16 пациентов (9 мужчин и 7 женщин), получавших атипичные антипсихотики второго поколения: кветиапин, луразидон, рисперидон, палиперидон, оланзапин и клозапин. Средний возраст пациентов этой группы составил 37 лет. Средняя длительность шизофрении составляла 24 года, средняя длительность злоупотребления алкоголем — 23 года.

В четвёртую группу вошли 7 пациентов (4 мужчины и 3 женщины), получавших антипсихотики третьего поколения — арипипразол или карипразин. Средний возраст пациентов этой группы составил 38 лет. Средняя длительность шизофрении составляла 27 лет, средняя длительность злоупотребления алкоголем — 23 года.

Группы были сопоставимы по возрасту ( $F = 1,075$ ;  $p = 0,369$ ), полу ( $\chi^2 = 5,722$ ;  $p = 0,126$ ) и уровню образования ( $\chi^2 = 9,885$ ;  $p = 0,360$ ). Все участники исследования находились в

состоянии устойчивой лекарственной ремиссии, не обнаруживали признаков актуальных галлюцинаторно-бредовых расстройств и подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

*Таблица 1. Характеристики четырех групп респондентов*

		Пролонгированные формы	АПП	АВП	АТП
Пол	Муж.	7 (53,8%)	8 (61,5%)	9 (56,3%)	4 (57,1%)
	Жен.	6 (46,2%)	5 (38,5%)	7 (43,8%)	3 (42,9%)
Возраст		39 лет	40 лет	37 лет	38 лет
Ср. длит. шизофрении		25 лет	21 год	24 года	27 лет
Ср. длит. злоупотребления алкоголем		22 года	22 года	23 года	23 года
Образование	Общее среднее	3 (23,1%)	6 (46,2%)	5 (31,3%)	1 (14,3%)
	Среднее проф.	6 (46,2%)	3 (23,1%)	3 (18,8%)	3 (42,9%)
	Неокон. высшее	1 (7,7%)	2 (15,4%)	0	1 (14,3%)
	Высшее	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (50%)	2 (28,6%)

Во время посещения психоневрологического диспансера пациентам проводили однократное клиничко-психометрическое обследование, направленное на оценку выраженности психопатологической симптоматики, тяжести алкогольной зависимости и актуального влечения к алкоголю. Перед началом обследования всем участникам давали стандартные инструкции по выполнению заданий и заполнению опросников.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивали по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS), включающей подшкалы позитивной (PANSS-P), негативной (PANSS-N) и общепсихопатологической симптоматики (PANSS-G). Анализ проводили как по каждой из подшкал, так и по суммарному баллу шкалы.

Актуальное влечение к алкоголю оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы. Шкала представляла собой линию длиной 100 мм: 0 баллов соответствовали отсутствию влечения, 10 баллов — максимально выраженному влечению; 1 балл соответствовал 10 мм [16].

Тяжесть алкогольной зависимости определяли с помощью опросника AUDIT, разработанного экспертами Всемирной организации здравоохранения для выявления и количественной оценки нарушений, связанных с употреблением алкоголя, за последние 12 месяцев [17].

Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрических методов, поскольку распределение большинства количественных показателей отличалось

от нормального, что подтверждалось критерием Шапиро—Уилка ( $p < 0,05$ ). Для описания данных использовали медиану (Md), среднее значение (M) и стандартное отклонение ( $\sigma$ ). Для сравнения показателей в четырёх независимых группах применяли критерий Краскела—Уоллиса. При выявлении статистически значимых межгрупповых различий выполняли попарные сравнения с поправкой Бонферрони. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Статистическую обработку данных проводили с использованием программ Microsoft Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 23.

## Результаты

При сравнении четырёх групп больных, различавшихся по основному варианту антипсихотической терапии, статистически значимые различия были выявлены только по подшкале позитивной симптоматики PANSS (критерий Краскела—Уоллиса,  $p < 0,05$ ). По подшкалам негативной симптоматики, общей психопатологической симптоматики и по суммарному баллу PANSS межгрупповых различий не обнаружено ( $p > 0,05$ ).

Попарные сравнения с поправкой Бонферрони показали, что у пациентов, получавших пролонгированные формы антипсихотиков, выраженность позитивной симптоматики была ниже, чем у пациентов, получавших галоперидол: медиана составила 11,0 и 14,0 балла соответственно, средние значения —  $11,31 \pm 1,7$  и  $14,00 \pm 1,7$ ;  $p = 0,024$  (табл. 2). Таким образом, различия по шкале PANSS в настоящем исследовании касались только позитивной симптоматики и были выявлены между указанными двумя группами.

*Таблица 2. Результаты проведения оценки выраженности психопатологической симптоматики (PANSS)*

	G1		G2		G3		G4		Н-критерий
	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	
PANSS (P)	11,0	11,31 ( $\pm 1,7$ )	14,0	14,00 ( $\pm 1,7$ )	13,5	13,38 ( $\pm 2,7$ )	11,0	12,00 ( $\pm 3,2$ )	$p = 0,021$ *
PANSS (N)	14,0	13,15 ( $\pm 3,7$ )	17,0	16,85 ( $\pm 3,1$ )	14,0	14,88 ( $\pm 4,3$ )	13,0	13,00 ( $\pm 2,5$ )	$p = 0,064$
PANSS (O)	25,0	23,7 ( $\pm 5,2$ )	31,0	29,0 ( $\pm 5,8$ )	25,5	26,9 ( $\pm 6,9$ )	23,0	26,0 ( $\pm 6,3$ )	$p = 0,224$
PANSS	52,0	48,0 ( $\pm 9,7$ )	61,0	59,9 ( $\pm 9,3$ )	52,0	55,1 ( $\pm 13,2$ )	46,0	50,8 ( $\pm 11,2$ )	$p = 0,086$

**Примечание:** G1 – пациенты, принимающие пролонг. формы нейролептиков; G2 – пациенты, принимающие АП; G3 – пациенты, принимающие АВП; G4 – пациенты, принимающие АТП; Н-критерий – Критерий Краскела-Уоллиса; PANSS (P) – подшкала продуктивной симптоматики; PANSS (N) – подшкала негативной симптоматики; PANSS (O) – подшкала общей психопатологии; PANSS – сводное по трем субшкалам; Md – медиана; M – среднее значение;  $\sigma$  – среднее отклонение; \* - уровень значимости менее порога в 0,05.

При межгрупповом сравнении суммарных баллов AUDIT выявлены статистически значимые различия между сравниваемыми группами (критерий Краскела—Уоллиса,  $p < 0,001$ ). Результаты множественных попарных сравнений с поправкой Бонферрони показали, что у пациентов, получавших галоперидол, значения AUDIT были выше, чем у пациентов, получавших пролонгированные формы антипсихотиков, атипичные антипсихотики второго поколения и антипсихотики третьего поколения (во всех случаях  $p < 0,001$ ).

Между группами пациентов, получавших пролонгированные формы антипсихотиков, атипичные антипсихотики второго поколения и антипсихотики третьего поколения, статистически значимых различий по AUDIT не выявлено ( $p > 0,05$ ). Наиболее низкие значения AUDIT наблюдались в группе антипсихотиков третьего поколения ( $Md = 23,0$ ;  $M = 22,5 \pm 1,9$ ), однако по сравнению с двумя другими указанными группами эти различия статистической значимости не достигали (табл. 3).

Таблица 3. Результаты оценки тяжести зависимости от алкоголя (AUDIT)

	G1		G2		G3		G4		Н - критерий
	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	
AUDIT	24,0	23,9 ( $\pm 2,5$ )	30,0	30,1 ( $\pm 1,5$ )	24,0	24,1 ( $\pm 3,1$ )	23,0	22,5 ( $\pm 1,9$ )	$p < 0,001$

**Примечание:** G1 – пациенты, принимающие пролонг. формы нейролептиков; G2 – пациенты, принимающие АПП; G3 – пациенты, принимающие АВП; G4 – пациенты, принимающие АТП; Н-критерий – Критерий Краскела-Уоллиса; Md – медиана; M – среднее значение; SD – среднее отклонение.

При межгрупповом сравнении выраженности влечения к алкоголю по визуальной аналоговой шкале были выявлены статистически значимые различия между сравниваемыми группами (критерий Краскела—Уоллиса,  $p < 0,001$ ). Попарные сравнения с поправкой Бонферрони показали, что у пациентов, получавших галоперидол, влечение к алкоголю было более выраженным, чем у пациентов, получавших пролонгированные формы антипсихотиков ( $p < 0,001$ ), атипичные антипсихотики второго поколения ( $p = 0,035$ ) и антипсихотики третьего поколения ( $p < 0,001$ ). Кроме того, статистически значимые различия были выявлены между группами атипичных антипсихотиков второго и третьего поколений ( $p = 0,039$ ).

Наименьшие значения по визуальной аналоговой шкале отмечались у пациентов, получавших антипсихотики третьего поколения ( $Md = 5,0$ ;  $M = 5,2 \pm 0,9$ ) (табл. 4). При этом в настоящем исследовании статистически значимые различия для данной группы были подтверждены при сравнении с группой галоперидола и группой атипичных антипсихотиков второго поколения.

Таблица 4. Результаты оценки выраженности влечения к алкоголю (VAS).

	G1		G2		G3		G4		Н - критерий
	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	
VAS	6,0	5,9 ( $\pm 0,7$ )	8,0	7,4 ( $\pm 0,6$ )	6,0	6,4 ( $\pm 1,2$ )	5,0	5,2 ( $\pm 0,9$ )	$p < 0,001$

**Примечание:** G1 – пациенты, принимающие пролонг. формы нейролептиков; G2 – пациенты, принимающие АПП; G3 – пациенты, принимающие АВП; G4 – пациенты, принимающие АТП; Н-критерий – Критерий Краскела-Уоллиса; Md – медиана; M – среднее значение; SD – стандартное отклонение.

## Обсуждение

Полученные данные указывают на наличие различий в клинико-психометрических показателях у больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью при разных вариантах антипсихотической терапии. Наиболее отчётливо эти различия проявились по показателям тяжести алкогольной зависимости, выраженности влечения к алкоголю и позитивной симптоматики. При этом следует учитывать, что в рамках одномоментного наблюдательного исследования выявленные различия отражают связь между вариантом терапии и изучаемыми показателями, но не позволяют судить о причинно-следственных отношениях. В целом полученные результаты согласуются с данными литературы, согласно которым препараты с выраженным блокирующим действием на дофаминовые рецепторы второго типа могут сочетаться с менее благоприятными показателями алкогольного поведения у данной категории пациентов [11, 12]. В группах пролонгированных форм, атипичных антипсихотиков второго и третьего поколений показатели AUDIT и VAS были ниже по сравнению с группой антипсихотиков первого поколения, при этом наиболее низкие значения отмечены в группе антипсихотиков третьего поколения (арипипразол, карипразин). Указанные различия могут быть связаны с особенностями фармакодинамики препаратов третьего поколения, в частности с частичным агонизмом в отношении D<sub>2</sub>-рецепторов, обеспечивающим более физиологичную модуляцию дофаминергической передачи без её выраженного угнетения.

В настоящем исследовании межгрупповые различия по шкале PANSS были выявлены только по подшкале позитивной симптоматики. Более высокие показатели в группе галоперидола по сравнению с группой пролонгированных форм могут отражать как особенности проводимой терапии, так и различия в клиническом составе групп, уровне приверженности лечению и другие факторы, не учитывавшиеся в рамках одномоментного наблюдения. В связи с этим полученные данные не позволяют делать вывод о меньшей эффективности типичных антипсихотиков в целом, тем более что по подшкалам негативной симптоматики, общей психопатологической симптоматики и по суммарному баллу PANSS статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Полученные результаты показывают, что в данной выборке применение галоперидола ассоциировалось с более высокими показателями по AUDIT, более выраженным влечением к алкоголю и более высокими значениями по подшкале позитивной симптоматики PANSS. С клинической точки зрения это указывает на необходимость особенно взвешенного выбора антипсихотической терапии у больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью. При назначении лечения у таких пациентов следует учитывать не только выраженность психопатологических расстройств, но и особенности алкогольного поведения, ожидаемую приверженность терапии и возможность длительного поддерживающего лечения. Полученные данные также позволяют рассматривать пролонгированные формы, атипичные антипсихотики второго поколения и антипсихотики третьего поколения как варианты терапии, заслуживающие дальнейшего изучения у данной категории больных. Вместе с тем делать вывод о приоритетности какой-либо группы препаратов как терапии первой линии на основании настоящего исследования преждевременно.

## Выводы

1. У пациентов с коморбидной шизофренией и алкогольной зависимостью терапия типичными антипсихотиками (АПП) может быть ассоциирована со значимо более высокой тяжестью алкоголизма по шкале AUDIT, более выраженным субъективным влечением к алкоголю (VAS) и более выраженной психопродуктивной симптоматикой по сравнению с другими терапевтическими группами, принимающими более современные поколения нейролептических препаратов.
2. Антипсихотики третьего поколения (АТП) демонстрируют по нашим данным наиболее благоприятный профиль в отношении контроля алкогольной зависимости, показывая значимое преимущество перед АПП по результатам опросника AUDIT и самоотчету с помощью VAS.
3. Пролонгированные формы нейролептиков и антипсихотики второго поколения (АВП) занимают промежуточное положение, не показывая значимых различий между собой и АТП по основным параметрам, но значимо превосходя АПП в контроле аддиктивной симптоматики.
4. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности рассмотрения атипичных антипсихотиков (особенно третьего поколения) и пролонгированных форм в качестве приоритетных вариантов терапии для пациентов с двойным диагнозом шизофрении и алкогольной зависимости.

## Ограничения исследования

1. *Дизайн исследования.* Перекрестный (одномоментный) дизайн не позволяет установить причинно-следственные связи. Невозможно исключить, что изначально более тяжелые пациенты были переведены на терапию АПП, что и объясняет худшие результаты в этой группе.
2. *Объем и состав выборки.* Размер выборки, особенно в группе АТП (n=7), является небольшим, что снижает статистическую мощность и затрудняет обобщение результатов.
3. *Факторы, влияющие на результат.* Не учитывался полный спектр сопутствующей терапии (нормотимики, антидепрессанты), дозы основных антипсихотиков, длительность текущей терапевтической схемы и стаж ремиссии шизофрении, что могло бы выступить смешивающими факторами.
4. *Методы оценки.* Использовались только психометрические шкалы и тесты. Отсутствуют объективные биомаркеры употребления алкоголя (например, химико-токсикологическое исследование мочи) и данные о частоте госпитализаций.
5. *Валидность.* Исследование проводилось на базе одного диспансерного отделения, что может ограничивать экстраполяцию результатов на другие популяции пациентов.

## Перспективы дальнейших исследований

Для подтверждения полученных данных необходимы проспективные рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие эффективность различных классов антипсихотиков у данной категории пациентов, с включением объективных маркеров, учетом сопутствующей терапии, оценкой долгосрочных исходов и анализом экономической эффективности.

### Список литературы

1. Xuanxuan Li, Ning Wei, Jiansong The global burden of schizophrenia and the impact of urbanization during 1990–2019: An analysis of the global burden of disease study 2019 *Environmental Research*, Volume 232, 2023, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116305>
2. Thomas Munk Laursen, Merete Nordentoft, Preben Bo Mortensen Excess early mortality in schizophrenia *Annu Rev Clin Psychol*, 2014;10:425–48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
3. J. Pasic, J. Russo, P. Roy-Byrne High utilizers of psychiatric emergency services, *Psychiatr Services*, 2005 Jun;56(6):678–84. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.678.
4. Glenn E Hunt, Matthew M Large, Michelle Cleary, Harry Man Xiong Lai, John B Saunders Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis, *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 191, 1 October 2018, Pages 234–258 <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
5. Kessler and Lev-Ran, The association between comorbid psychiatric diagnoses and hospitalization-related factors among individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 89, February 2019, Pages 7–15 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.12.004>
6. Pencer A. Addington J. Substance use and cognition in early psychosis. *J Psychiatry Neuroscience*, 2003 Jan;28(1):48–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12587850/>
7. Булейко А.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянка И.А., Дубатова И.В., Сидоров А.А., Дьяченко А.В., Осадший Ю.Ю. Суицидальная опасность при шизофрении и злоупотреблении алкоголем, *Психиатрия – проза и поэзия*, Год издания: 2021 Страницы: 26–31, <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46570213&pff=1&ysclid=md9yh70c63499276547>
8. Петунова С.А., Григорьева Н.В., Литвинова М., Максимова Н.Л., Сиренева А.Н. Психологические особенности психически больных лиц, совершивших повторные общественно-опасные деяния. *International journal of medicine and psychology*, Том: 4, Номер: 4, Год: 2021 Страницы: 30–36, <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46304590&ysclid=md9yjcjbzq169661364>
9. Duncan Mclean, Beverley Gladman, and Bryan Mowry Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample 2012 *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* Volume 46, Issue 2 <https://doi.org/10.1177/0004867411433211>
10. Drake R.E. Osher F.C. Wallach M.A. Homelessness and dual diagnosis. *American Psychology*, 1991 Nov;46(11):1149–58. doi: 10.1037//0003-066x.46.11.1149.
11. Volkow ND. Substance use disorders in schizophrenia – clinical implications of comorbidity. *Schizophr. Bull.* 2009; 35: 469–472. DOI:10.1093/schbul/sbp016
12. Meszaros ZS, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJ et al. Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Am. J. Addict.* 2011; 20: 462–467
13. Petrakis IL, Leslie D, Finney JW, Rosenheck R. Atypical antipsychotic medication and substance use-related outcomes in the treatment of schizophrenia. *Am J Addict* 2006;15(1):44–9.
14. Elizabeth B. Stuyt; Terrie A. Sajbel; Michael H. Allen. (2006). Differing Effects of Antipsychotic Medications on Substance Abuse Treatment Patients with Co-occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders. , 15(2), 166–173. doi:10.1080/10550490500528613

15. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164: 402–408.
16. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы, используемые в клинической наркологии. // Наркология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 905–921.
17. Barbor. T.F., Saunders J.B., Higgins-Biddle J., Monteiro M.G. AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. Second Edition. January 2001

## Characteristics of Psychopathological Symptoms and Alcohol Craving in Patients with Paranoid Schizophrenia and Comorbid Alcohol Dependence under Different Antipsychotic Treatment Regimens

**Koshkin E. A.**<sup>1,2</sup>

*postgraduate student at the Department of Psychiatry and Medical Psychology of the Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, psychiatrist at the State Budgetary Healthcare Institution of the city of Moscow "Psychiatric Clinical Hospital No. 13 of the Department of Health of the City of Moscow"*

**Danilin I. E.**<sup>2</sup>

*Ph.D. of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia*

<sup>1</sup> – State Budgetary Healthcare Institution of the city of Moscow "Psychiatric Clinical Hospital No. 13 of the Department of Health of the City of Moscow

<sup>2</sup> – Department of Psychiatry and Medical Psychology of the Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia

**Corresponding Author:** Egor Anatolevich Koshkin; **e-mail:** yago282@yandex.ru

**Funding.** The study was conducted without external funding.

**Conflict of interest.** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Background.** Comorbidity of schizophrenia and alcohol dependence is associated with a more severe clinical course, frequent relapses, and reduced adherence to treatment. The choice of antipsychotic therapy in patients with a dual diagnosis remains challenging. Comparative data on the relationship between different antipsychotic treatment regimens, psychopathological symptoms, and alcohol-related behavior remain limited. **Objective.** To examine psychopathological symptoms, severity of alcohol dependence, and alcohol craving in patients with schizophrenia and comorbid alcohol dependence receiving different antipsychotic treatments. **Materials and Methods.** A cross-sectional observational study included 49 patients with paranoid schizophrenia (ICD-10: F20.0) and alcohol dependence syndrome. According to their main antipsychotic treatment, patients were divided into four groups: long-acting injectable antipsychotics, first-generation antipsychotics (haloperidol), second-generation atypical antipsychotics, and third-generation antipsychotics (aripiprazole or cariprazine). Psychopathological symptoms were assessed using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), severity of alcohol dependence using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and current alcohol craving using a visual analog scale (VAS). Nonparametric statistical methods were used for data analysis. **Results.** Differences between treatment groups were observed in AUDIT scores, alcohol craving (VAS), and the PANSS positive symptom subscale. Patients receiving haloperidol showed higher levels of alcohol dependence, stronger alcohol craving, and more pronounced positive symptoms. The lowest AUDIT and VAS scores were observed in patients treated with third-generation antipsychotics. Patients receiving long-acting injectable formulations and second-generation antipsychotics demonstrated intermediate values. **Conclusions.** Differences in psychopathological symptoms, alcohol dependence severity, and alcohol craving were observed across antipsychotic treatment regimens in patients with schizophrenia and comorbid alcohol dependence. Given the cross-sectional observational design, these findings reflect associations rather than causal effects and should be confirmed in prospective studies.

**Keywords:** schizophrenia, alcohol dependence, dual diagnosis, antipsychotics, psychopathological symptoms, PANSS, AUDIT

## References

1. Xuanxuan Li, Ning Wei, Jiansong The global burden of schizophrenia and the impact of urbanization during 1990–2019: An analysis of the global burden of disease study 2019 *Environmental Research*, Volume 232, 2023, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116305>
2. Thomas Munk Laursen, Merete Nordentoft, Preben Bo Mortensen Excess early mortality in schizophrenia *Annu Rev Clin Psychol*, 2014;10:425-48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
3. J. Pasic, J. Russo, P. Roy-Byrne High utilizers of psychiatric emergency services, *Psychiatr Services*, 2005 Jun;56(6):678-84. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.678.
4. Glenn E Hunt, Matthew M Large, Michelle Cleary, Harry Man Xiong Lai, John B Saunders Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis, *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 191, 1 October 2018, Pages 234-258 <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
5. Kessler and Lev-Ran, The association between comorbid psychiatric diagnoses and hospitalization-related factors among individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 89, February 2019, Pages 7-15 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.12.004>
6. Pencer A. Addington J. Substance use and cognition in early psychosis. *J Psychiatry Neuroscience*, 2003 Jan;28(1):48-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12587850/>
7. Bulejko A.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Dubatova I.V., Sidorov A.A., D'yachenko A.V., Osadshij Yu.Yu. Suitsidal'naya opasnost' pri shizofrenii i zloupotreblenii alkogolem, *Psikhiatriya – proza i poeziya, God izdaniya: 2021 Stranitsy: 26-31*, <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46570213&pff=1&ysclid=md9yh70c63499276547> (In Russ.)
8. Petunova S.A., Grigor'eva N.V., Litvinova M., Maksimova N.L., Sireneva A.N. Psikhologicheskie osobennosti psikhicheski bol'nykh lits, sovershivshikh povtornye obshchestvenno-opasnye deyaniya. *International journal of medicine and psychology*, Tom: 4, Nomer: 4, God:2021 Stranitsy:30-36, <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46304590&ysclid=md9yjcjbzq169661364> (In Russ.)
9. Duncan Mclean, Beverley Gladman, and Bryan Mowry Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample 2012 *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* Volume 46, Issue 2 <https://doi.org/10.1177/0004867411433211>
10. Drake R.E. Osher F.C. Wallach M.A. Homelessness and dual diagnosis. *American Psychology*, 1991 Nov;46(11):1149-58. doi: 10.1037//0003-066x.46.11.1149.
11. Volkow ND. Substance use disorders in schizophrenia – clinical implications of comorbidity. *Schizophr. Bull.* 2009; 35: 469–472. DOI:10.1093/schbul/sbp016
12. Meszaros ZS, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJ et al. Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Am. J. Addict.* 2011; 20: 462–467
13. Petrakis IL, Leslie D, Finney JW, Rosenheck R. Atypical antipsychotic medication and substance use-related outcomes in the treatment of schizophrenia. *Am J Addict* 2006;15(1):44–9.
14. Elizabeth B. Stuyt; Terrie A. Sajbel; Michael H. Allen. (2006). Differing Effects of Antipsychotic Medications on Substance Abuse Treatment Patients with Co-occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders. , 15(2), 166–173. doi:10.1080/10550490500528613
15. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164: 402–408.
16. Nenast'eva A.Yu. Psikhometricheskie shkaly, ispol'zuyushchiesya v klinicheskoy narkologii. // *Narkologiya. Natsional'noe rukovodstvo / pod red. N.N. Ivantsa, I.P. Anokhinoj, M.A. Vinnikovoij. – 2-e izd., pererab. i dop. – M.: GEOTAR-Media, 2016. – S. 905–921. (In Russ.)*
17. Barbor. T.F., Saunders J.B., Higgins-Biddle J., Monteiro M.G. AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. Second Edition. January 2001