

7. Наказ від 21.09.2009 № 681 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія». [Електронний ресурс]. – Точка доступу: http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=cate-gory&layout=blog&id=157&Itemid=29.
8. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.arteka.ua/article/91912.
9. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 597 Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
10. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України». МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (Методика N 751).
11. Наказ МОЗУ від 08.05.2014 № 310 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-viznannja-takimi-sho-vtratali-chinnist-dejakih-nakaziv-m-doc189733.html>.
12. Наказ Президента України від 13 квітня 2011 року № 467 «Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/467/2011.
13. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2801-12.
14. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
15. Реабілітація і ресоціалізація лиць з состоянями зависимости : Матеріали XIII научно-практичної конференції «Довженковские чтения: реабілітація і ресоціалізація лиць з состоянями зависимости различного происхождения», 10–11 апреля 2012 г., г. Харьков.
16. Рогова О. Г. «Державна політика стандартизації в системі охорони здоров'я в Україні» / Рогова О. Г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.kbuara.kharkov.ua/e-book/...2/...02.pdf
17. Степаненко А. В. Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини [Електронний ресурс] / [А. В. Степаненко, О. М. Морозов, В. Т. Чумак та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2009. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua>.
18. Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005.
19. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. щодо Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затверджений Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000.

**К ВОПРОСУ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
С.С. Румянцева, Т.В. Синицкая, Ю.В. Вольных**

В статье проведен анализ существующих стандартов лечения расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ и освещены вопросы необходимости их усовершенствования и доработки.

Ключевые слова: медицинские стандарты, протоколы, психоактивные вещества, лечение.

**THE QUESTION OF STANDARDS OF TREATMENT OF PATIENTS NARCOLOGICAL
S. Rumyantsev, T. Sinitskaya, Y. Volnykh**

The article analyzes the current standards of treatment of mental disorders and behavior due to the use of psychoactive substances and the need to address the issues of improvement and refinement.

Key words: medical standards, protocols, psychoactive substances, treatment.

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

Н.Ю. Напреєнко

**ПОХОДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЙ
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Обстежено 160 хворих на алкоголізм із симптомами депресії. Вивчено взаємозв'язок між синдромом алкогольної залежності та депресивними розладами. Встановлено, що за походженням такі депресії можна поділити на психогенні (66,3% пацієнтів), ендогенні (11,3%), органічні (цереброорганічні та соматогенні – 22,4%) і змішані. У обстежених виділено наступні клінічні варіанти депресивних станів: 1) депресивно-іпохондричний – у 42,5% хворих; 2) астенично-депресивний – у 20,6%; 3) тривожно-депресивний – у 19,4%; 4) депресивно-дисфоричний – у 8,8%; 5) депресивно-апатичний – у 4,35%; і 6) простий – у 4,35% пацієнтів. Показано, що депресія у більшості з цих пацієнтів провокує рецидиви алкоголізації, знижує якість та тривалість ремісії та погіршує сомато-неврологічний і соціальний стан хворих. Розроблено комплексну систему діагностики та лікування для оцінки та корегування складових «хибного кола» (психічної, соматичної та соціальної), притаманних таким пацієнтам. Ця програма допомоги враховує виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Ключові слова:
алкоголізм, депресії,
їх взаємозалежність,
походження депресій,
їх клінічні варіанти,
терапія.

Актуальність. Співіснування алкогольної залежності (АЗ) та депресивних розладів (ДР) описане багатьма авторами [3–5, 7]. Наші попередні дослідження підтверджують той факт, що саме коморбідна депресія разом із певними

рисами особистості таких пацієнтів найчастіше зумовлюють актуалізацію патологічного потягу до алкоголю (ППА), створюють небезпеку виникнення рецидивів хвороби та загалом знижують тривалість і якість ремісії [1, 2].

Хворі на АЗ із ДР є однією зі складних груп в плані діагностики, лікування, профілактики, медичної та соціальної реабілітації. Діагностика симптомів депресії у них виявляється проблематичною [6], на нашу думку, через домінування її атипової, стертої клінічної картини [1, 2]. Це значною мірою пов'язано з різноманітністю походження ДР у таких осіб. Прояви депресії переважно ігноруються самими пацієнтами, як правило, є непомітними для оточуючих і «маскуються» систематичним пияцтвом. При цьому депресивні симптоми слід відносити до складу основних синдромів АЗ. Важливо й те, що після повної або часткової редукції останніх ДР залишаються, вони «ховаються» за численними соматичними та цереброорганічними наслідками хронічної алкогольної інтоксикації. Такі хворі зазвичай звертаються за медичною допомогою тільки у випадках рецидивів алкоголізації, частіше у вигляді запоїв. Усе це значною мірою зумовлює затяжний перебіг і терапевтичну резистентність як ДР, так і АЗ.

Не дивлячись на значну увагу до цієї проблеми науковців і практиків-психіатрів (наркологів), слід визнати, що чинні стандартні підходи до надання допомоги таким пацієнтам не є достатньо ефективними.

Матеріали і методи дослідження

Метою нашого дослідження стало вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при алкогольній залежності, удосконалення критеріїв їх діагностики й розробка комплексної системи диференційованого лікування.

З використанням клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичних (скринінг-шкала AUDIT – виявлення осіб, які зловживають алкоголем, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л. Ханіна – оцінка рівня реактивної тривоги та особистісної тривожності, методика К. Леонгарда-Г. Шмішека – вивчення акцентуацій характеру), загальних клінічних і лабораторних, за показаннями – нейрофізіологічних (ЕЕГ, МРТ) і призначених лікарями-інтерністами спеціальних соматичних та неврологічних методів здійснено обстеження 160 хворих на АЗ із ДР чоловічої статі, віком 32 – 56 років.

Результати та їх обговорення

Клінічні варіанти та походження депресій при АЗ. Комплексне обстеження показало, що у більшості пацієнтів симптоми депресії «маскувалися» астенічними, іпохондричними та сомато-вегетативними порушеннями. Основними скаргами були: зниження працездатності – у 135 (84,4%), надмірна дратівливість – у 119 (74,4%), швидка втомлюваність – у 114 (71,3%), порушення сну – у 83 (51,9%), неприємні внутрішні відчуття – у 47 (29,4%) обстежених. Ці прояви відсували на другий план власне депресивні порушення, симптоми яких пацієнти відмічали лише в процесі тривалого розпитування або й взагалі не вказували, проте вони завжди виявлялися за допомогою тестування за шкалою Гамільтона. Діагностували наступні клінічні варіанти депресивних синдромів: 1) депресивно-іпохондричний – у 68 (42,5%) пацієнтів; 2) астенічно-депресивний – у 33 (20,6%) пацієнтів; 3) тривожно-депресивний – у 31 (19,4%) пацієнта; 4) депресивно-дисфоричний – у 14 (8,8%)

пацієнтів; 5) апатико-депресивний – у 7 (4,35%) пацієнтів; 6) простий депресивний – у 7 (4,35%) хворих. При цьому спільними особливостями всіх пацієнтів було некритичне сприйняття ними власного емоційного стану, невиразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих, інтенсивні короткотривалі або затяжні психопатоподібні реакції та невідповідність між значною виразністю іпохондричних і астенічних проявів.

У 78 (48,8%) хворих на фоні проведеної раніше терапії спостерігалася тенденція до затяжного перебігу недуги з частими епізодами посилення депресивної симптоматики, спровокованими конфліктними життєвими обставинами та/або погіршенням соматичного стану, що супроводжувалося актуалізацією ППА. Щодо усунення ДР значна кількість цих пацієнтів виявлялися терапевтично резистентними. У випадках, при яких у діагностичному комплексі застосовували шкалу Гамільтона, позитивна динаміка проявів депресії становила менше 50%.

Аналіз загальних закономірностей формування ДР при АЗ показав, що вони є гетерогенною групою. В цілому їх можна поділити на психогенні, ендогенні, органічні та змішані.

Так, у 106 (66,3%) пацієнтів формування ДР відбувалося за впливу психотравматичних обставин, здебільшого безпосередньо пов'язаних з конфліктною ситуацією в мікрооточенні. Неблагополучні інтерперсональні стосунки, що спричиняли виникнення депресії, у 48 (30,0%) з цих хворих торкалися партнерського, подружнього та родинного життя, у 35 (21,9%) були пов'язані із неприємностями на роботі, руйнуванням планів, кар'єри, у 23 (14,4%) пацієнтів були змішані соціальні проблеми.

Велику питому вагу психогенно зумовлених депресій у цих хворих можна пояснити їх нездатністю до адекватної психологічної адаптації в умовах психотравматичних обставин внаслідок преморбідних і постморбідних індивідуально-психологічних рис особистості та домінування неефективних (інфантильних та невротичних) механізмів психологічного захисту. Внаслідок алкоголізації у них закріплювалися індивідуально-психологічні стереотипи девіантної поведінки, поглиблювалися порушення в процесах адаптивності та самоактуалізації, що, в свою чергу, заважало гармонізації міжособистісної взаємодії у буденному житті, запобіганню міжособистісним та внутрішньоособистісним конфліктам.

Виявлені нами у обстежених хворих поглиблення преморбідних тенденцій до депресивного реагування на різноманітні несприятливі чинники внаслідок соматичних, цереброорганічних і соціальних ускладнень залежності, зростання небажання пацієнтів визнати себе хворими, некритичність, неможливість правильно оцінити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на особисте життя, професійну діяльність, долю сім'ї та інші соціальні стосунки, відсутність установки на одужання, неадекватне уявлення про себе можна розглядати в якості основних об'єктів впливу психотерапії. У 18 (11,3%) хворих ДР за походженням та клінічними особливостями належали до ендогенної афективної патології. Їм були властиві такі ознаки, як добові коливання настрою з певним його покращенням у другій половині дня, надцінні ідеї меншовартості та неповноцінності, почуття провини та велика питома вага соматовегетативних розладів, притаманних «класичній» депресії. Прояви психопатологічної симпто-

матики мали фазовий характер, відмічалися спонтанні сезонні зміни настрою у вигляді затяжних станів пригніченості зі зниженням активності та працездатності, втратою попередніх інтересів, постійною наявністю тривожного компонента, зниженням апетиту, втратою ваги, безсонням. Органічний генез ДР у 36 (22,4%) пацієнтів було підтверджено в процесі клініко-неврологічного та нейрофізіологічного дослідження. Більшість з них відповідали діагностичним критеріям «Органічного афективного розладу» (F06.3 за МКХ-10). Їх виникнення було пов'язане з органічним ураженням головного мозку, що сформувалось як внаслідок безпосереднього токсичного впливу етанолу на центральну нервову систему, так і завдяки іншим механізмам дисметаболічного характеру за рахунок наявної соматичної патології, спричиненої хронічною алкогольною інтоксикацією. Депресії були структурною складовою основних синдромів алкогольної залежності, часто вони зустрічалися в рамках ППА як його афективний компонент. Клінічна картина депресій значною мірою відповідала варіантам психоорганічного синдрому. За ступенем виразності симптоматики ці депресії були найменш інтенсивними, у пацієнтів спостерігався стійкий субдепресивний стан із короткотривалими психопатоподібними реакціями в поєднанні зі значною виснажливостю психічної діяльності та помірно вираженими когнітивними розладами. Характерною була часта зміна настрою, що виникала із незначного приводу або спонтанно, пароксизмально, з появою роздратованості, нетерпимості, неспроможності стриматися.

Отже, в генезі ДР при АЗ велику вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З іншого – хворі неспроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на звичайні стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів прискорюється соціальна дезадаптація, зростає ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем викликає афективну патологію, яка, в свою чергу, веде до посилення алкоголізації.

Діагностика та диференційна діагностика ДР при АЗ передбачають виявлення симптомів депресії за допомогою клінічного та параклінічних методів обстеження, визначення її етіології (ендогенне, психогенне, екзогенно-органічне чи змішане походження), виразності (непсихотичний або психотичний реєстр порушення), клінічних особливостей та типу перебігу.

У процесі діагностики проводиться:

1. Детальне медичне обстеження осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю на предмет наявності симптомів депресії, особливо в групі високого ризику її виникнення (пацієнти з епізодами депресії в анамнезі, за наявності коморбідної соматичної, цереброорганічної патології, розладів особистості, кризових станів, особливо за відсутності соціальної підтримки, особи з посттравматичним стресовим розладом тощо).

2. Усі пацієнти з групи ризику та з підозрою на депресію з метою верифікації її симптомів, визначення

походження депресії та типу її перебігу повинні бути обстежені за допомогою клініко-психопатологічного, соматичного, неврологічного, психодіагностичного, лабораторних та інструментальних методів.

3. Пацієнти із симптомами тяжкої депресії, при підозрах на ендогенний характер психопатології, з дисфоричним варіантом симптоматики, а також у випадках терапевтичної резистентності, при наявності аутоагресивних тенденцій, психотичних симптомів повинні бути скеровані на консультацію до психіатра з метою проведення диференційної діагностики, визначення нозологічної належності депресії та призначення відповідного лікування.

4. За наявності ознак депресії та соматичної чи цереброорганічної патології хворих необхідно проконсультувати у відповідного спеціаліста.

Лікування. Розроблена нами програма терапії ДР при АЗ передбачає інтегрування методів біологічного та психотерапевтичного впливу. Програма будується із врахуванням механізмів розвитку депресії та її клінічної картини, клінічних та динамічних характеристик залежності від алкоголю, особливостей особистості пацієнта та його мікросоціального оточення, наявності соматичних та неврологічних наслідків хронічної алкогольної інтоксикації.

Курсова терапія має бути тривалою та проводиться у три етапи, з відповідними цим етапам способами та методами лікувального впливу. Етапи терапії: 1 – купірування поточної депресії та ППА; 2 – стабілізуюча терапія з корекцією особистісних та когнітивних розладів; 3 – проти рецидивна терапія, спрямована на усунення чинників ризику даної патології.

Лікування хворих з легкою та помірно вираженою депресією, за умови, що дана симптоматика не супроводжується посиленням патологічного потягу до алкоголю, зазвичай проводиться амбулаторно.

Наявність у пацієнта депресивно-дисфоричного стану може свідчити про актуалізацію ППА і є рецидивно-небезпечною ситуацією, що вимагає вирішення питання про необхідність надання допомоги в умовах стаціонару психіатричного або наркологічного профілю із призначенням комплексної медикаментозної терапії. Психотерапевтичні методики в таких випадках, за винятком спеціальних протиалкогольних, є малоефективними. Своєчасно розпочата фармакотерапія дозволяє запобігти рецидиву недуги. Пацієнта та його рідних слід поінформувати, що при виникненні пригніченого настрою із злостивістю, роздратованістю, надмірною чутливістю до зовнішніх подразників, внутрішнім напруженням та гнівливостю необхідно невідкладно звернутися до лікаря і розпочати лікування.

Психотропні препарати, які використовуються для лікування ДР при АЗ, повинні сприяти якомога швидшій редукції депресивних проявів, формуючи базу для психотерапевтичної корекції, не викликати виразних побічних ефектів, які можуть знижувати мотивацію пацієнта до лікування, та добре поєднуватися із іншими фармакологічними засобами з огляду на високу частоту коморбідності депресії з іншими психопатологічними розладами, численні соматичні та цереброорганічні ускладнення хронічної алкогольної інтоксикації.

Для лікування ДР при АЗ використовують антидепресанти – наприклад, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) в комплексі з нормотиміками, транквілізаторами, нейрореплетиками з тимолептичними властивостями, гепатопротекторами та ноотропами.

Пацієнти з легкою чи помірно вираженою ендogenous депресією часто порушують режим прийому препаратів, оскільки вважають наявні в них фазові коливання настрою своєю характерологічною особливістю. Тому мотивом звернення до лікаря зазвичай є лише черговий рецидив алкоголізації. Отже, вже на перших етапах лікування, поряд із використанням психофармакотерапії, особливе значення має раціональна та сімейна психотерапія. Важливо пояснити пацієнту та його рідним взаємозв'язок між розладами настрою і АЗ задля розуміння необхідності тривалого прийому підтримувальної терапії. Пацієнт повинен переконатися в тому, що наявні у нього соматичні та цереброорганічні порушення виникли внаслідок зловживання алкоголем і усунути їх можна лише при відмові від подальшого вживання спиртного. Результати проведених лабораторних та інструментальних обстежень доцільно використовувати в якості об'єктивних доказів руйнівного впливу алкоголю на організм та позитивних змін при відмові від нього. Використання сугестивних методів у пацієнтів із ДР при АЗ виявляється ефективним лише за умови стабілізації емоційної сфери та відсутності серед мотивів зловживання алкоголем патологічних мотивів самоушкодження.

Висновки

Вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при АЗ дозволило науково обґрунтувати принципи лікувально-діагностичної допомоги цим хворим. Виявлення у них біологічних, психологічних та соціальних чинників ризику появи ДР при АЗ у їх взаємозв'язку дозволяє побудувати терапію, яка передбачає поєднання психофармакотерапевтичних та психотерапевтичних впливів.

Стратегія лікування таких хворих повинна бути комплексною, поетапною, безперервною та тривалою, із використанням індивідуальних програм різної інтенсивності, спрямованих на відновлення психічного, соматичного, сімейного та соціального статусу пацієнта.

Список використаної літератури

1. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами / О. К. Напреєнко, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман; за ред. О. К. Напреєнка. – К.: Здоров'я, 2011. – 208 с.
2. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напреєнко, К. М. Логановський, О. Г. Суроп'ятов; за ред. проф. О. К. Напреєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Сайков Д. В. Алкогольная депрессия: монография / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. – Харьков: Коллегиум, 2004. – 336 с.
4. Скрипніков А. М. Наркологія: навчальний посібник / А. М. Скрипніков, О. К. Напреєнко, Г. Т. Сонник. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2008. – 360 с.
5. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence / M. Berking, M. Margraf, D. Ebert [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 2011. – Vol. 79 (3). P. 307–318.
6. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance / Pilling S., Yesufu-Udechuku A., Taylor C., Drummond C.; Guideline Development Group // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. 700.
7. Initial depression and subsequent drinking during alcoholism treatment / K. R. Conner, S. Sorensen, K. E. Leonard // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2005. – Vol. 66 (3). – P. 401–406.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Ю. Напреєнко

Обследовано 160 больных алкоголизмом с симптомами депрессии. Изучена взаимосвязь синдрома алкогольной зависимости и депрессивных расстройств, установлено, что по происхождению такие депрессии можно разделить на психогенные (66,3% пациентов), эндогенные (11,3%), органические (цереброорганические и соматогенные – 22,4%) и смешанные. Определены следующие клинические варианты депрессивного состояния: 1) депрессивно-ипохондрическое – у 42,5% больных; 2) астено-депрессивное – у 20,6%; 3) тревожно-депрессивное – у 19,4%; 4) депрессивно-дисфорическое – у 8,8%; 5) депрессивно-апатическое – у 4,35%; 6) простое – у 4,35% пациентов. Показано, что депрессия у большинства из этих пациентов провоцирует рецидивы алкоголизации, снижает качество и длительность ремиссии и ухудшает сомато-неврологическое и социальное состояние больных. Разработана комплексная система диагностики и лечения, которая должна оценивать и корректировать составляющие «порочного круга» (психическую, соматическую и социальную), свойственные таким пациентам. Эта программа помощи учитывает установленные в процессе исследования механизмы развития депрессии, её клинические варианты, клинические и динамические характеристики зависимого поведения, характерологические особенности пациента, имеющиеся соматические и неврологические отклонения и ситуацию в его микроокружении.

Ключевые слова: алкоголизм, депрессии, их взаимосвязь, происхождение депрессий, их клинические варианты, терапия.

THE ORIGIN, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DEPRESSION AT ALCOHOL DEPENDENCE

N. Napryeyenko

160 alcoholic patients with symptoms of depression were examined. The correlation of alcohol dependence syndrome and depressive disorders has been studied. Established, that the origin of such depression can be divided into psychogenic (66,3% patients), endogenous (11,3%), organic (cerebral-organic and somatogenic – 22,4%) and mixed. They identified the following clinical variants of depression: 1) depressive-hypochondriac – in 42,5% of patients; 2) asthenic-depressive – at 20,6%; 3) anxiety-depressive – in 19,4%; 4) depressive-dysphoric – 8,8%; 5) depressive-apathic – at 4,35%; 6) simple – in 4,35% of patients. It is shown that depression in the majority of these patients relapse provokes alcoholization, reduces the quality and duration of remission and worsens somatic-neurological and social status of patients. Designed the complex system of diagnostics and treatment must assess and correct components of the “vicious circle” (mental, physical and social), specific to such patients. This program will allow identified during the study the mechanisms of depression, clinical variants of the latter, clinical and dynamic characteristics of dependent behavior, characterologic traits of the patients, the existing physical and neurological deviations and the situation in its microenvironment.

Key words: alcoholism, depression, their interdependence, the origin of depression, their clinical variants, therapy.