

Н.Ю. Напреєнко

ПРОФІЛАКТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
napr_center@bigmir.net**Ключові слова:**алкоголізм, депресія,
їх взаємозалежність,
походження депресій,
їх клінічні варіанти,
профілактика.

Задля вивчення взаємозв'язку синдрому алкогольної залежності та депресивних розладів обстежено 160 хворих на алкоголізм із симптомами депресії. Показано, що за походженням такі депресії можна поділити на психогенні (66,3% пацієнтів), ендогенні (11,3% пацієнтів), органічні (цереброорганічні та соматогенні – 22,4% пацієнтів) та змішані. У них виділено наступні клінічні варіанти депресивних станів: 1) іпохондричний – у 42,5%; 2) астеничний – у 20,6%; 3) тривожно-депресивний – у 19,4%; 4) дисфоричний – у 14 (8,8%); 5) простий – у 7 (4,35%); 6) апатичний – у 4,35% обстежених. Показано, що депресія у більшості з цих пацієнтів провокує рецидиви алкоголізації, знижує якість та тривалість ремісії та погіршує соматоневрологічний і соціальний стан хворих. Розроблено комплексну систему профілактики вказаної патології, що включає поетапний одночасний медикаментозний і психотерапевтичний вплив на три патологічні складові «хибного кола» (психічну, соматичну та соціальну), притаманні таким пацієнтам. Основні її принципи: максимально раннє виявлення осіб з алкогольними проблемами, потенційних пацієнтів з групи ризику; окрім психіатрів і наркологів, участь профілактичній роботі беруть лікарі первинної медичної ланки, психолог, соціальний працівник, а також рідні та близькі хворих, з якими проводяться психоосвітні заходи. Ця програма допомоги враховує виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні у нього соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Актуальність проблеми. Наукові роботи, присвячені проблемі алкогольної залежності (АЗ) та депресивних розладів (ДР), вказують на те, що саме коморбідна депресія у поєднанні з певними рисами особистості таких пацієнтів найчастіше зумовлює актуалізацію патологічного потягу до алкоголю (ППА), створює небезпеку виникнення рецидивів хвороби та в цілому знижує тривалість і якість ремісії [3–5, 7].

Проведення профілактики, медичної та соціальної реабілітації в таких випадках ускладнене через цілу низку факторів: значну різноманітність походження ДР у таких осіб; поширеність їх атипичних, стертих клінічних форм; ігнорування самими пацієнтами наявних у них афективних порушень та алкогольної залежності; непомітною депресія є й для близьких хворого внаслідок її «маскування» систематичним пияцтвом; після повної або часткової редукції симптомів АЗ депресія може зберігатися, «ховаючись» за соматичними та цереброорганічними наслідками хронічної алкогольної інтоксикації [1, 2, 6, 8, 9]. З огляду на те, що стандартні підходи до профілактики зазначених розладів недостатньо ефективні, вказану проблему слід визнати актуальною.

Матеріал 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 диференційного лікування цих хворих і профілактики ДР та АЗ. Обстежено 160 хворих на АЗ із ДР, чоловічої статі, віком 32 – 56 років. При цьому застосовували клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичні (скринінг-шкала AUDIT – виявлення осіб, які зловживають алкоголем, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Спілбергера – Ханіна – оцінка рівня реактивної тривоги та особистісної тривожності, методика Леонгарда – Шмішека – вивчення акцентуацій характеру), загальноклінічні та лабораторні, за наявності показань – нейрофізіологічні (ЕЕГ, МРТ) і призначені лікарями-інтерністами спеціальні соматичні та неврологічні методи дослідження.

Результати та їх обговорення**Клінічні варіанти та походження депресій при АЗ.**

Діагностували наступні клінічні варіанти депресивних синдромів: 1) депресивно-іпохондричний – у 68 (42,5%); 2) астено-депресивний – у 33 (20,6%); 3) тривожно-депресивний – у 31 (19,4%); 4) депресивно-дисфоричний – у 14 (8,8%); 5) апатико-депресивний – у 7 (4,35%); 6) простий депресивний – у 7 (4,35%) хворих. Відмічено некритичне сприйняття хворими власного емоційного стану, невиразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах інших, інтенсивні короткотривалі або затяжні психопатоподібні реакції

та невідповідність між значною виразністю іпохондричних і астенічних проявів. За походженням ці афективні розлади можна поділити на психогенні – 66,3% пацієнтів, органічні (цереброорганічні та соматогенні) – 22,4%, ендогенні – 11,3% обстежених, та змішані.

Психогенні ДР здебільшого були безпосередньо пов'язані з неблагополучною ситуацією в мікрооточенні: у 48 (30,0%) випадках конфлікт стосувався партнерського, подружнього та родинного життя, у 35 (21,9%) – був пов'язаний із неприємностями на роботі, руйнуванням планів, кар'єри, у 23 (14,4%) пацієнтів були змішані соціальні проблеми. Таким хворим були притаманні нездатність до адекватної психологічної адаптації при психотравмівних обставинах, домінування неефективних (інфантильних та невротичних) механізмів психологічного захисту внаслідок виразних акцентуованих рис особистості.

На тлі систематичної 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 міжособистістним та внутрішньоособистістним конфліктам. Посилювалися преморбідні тенденції до депресивного реагування на численні ускладнення соматичних, цереброорганічних і соціальних негараздів, зумовлених алкогольною залежністю; зростали 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 при здійсненні профілактичних заходів.

Для 18 (11,3%) хворих із ендогенною депресією були характерні добові коливання настрою з певним його покращенням у другій половині дня, надцінні ідеї меншовартості та неповноцінності, почуття провини, велика питома вага соматовегетативних розладів, фазовість психопатологічної симптоматики, спонтанні сезонні пригнічення настрою зі зниженням активності та працездатності, втратою попередніх інтересів, постійною наявністю тривожного компонента, зниженням апетиту, втратою ваги, безсонням.

У 36 (22,4%) пацієнтів з «Органічним афективним розладом» (F06.3 за МКХ-10) ДР розвинулися 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. У них спостерігали стійкий субдепресивний стан із короткотривалими психопатоподібними реакціями в поєднанні зі значною психічною виснажливістю та помірно вираженими когнітивними розладами. Характерною була часта зміна настрою, що виникала пароксизмально із незначного приводу або спонтанно, дратівливість, нетерпимість, нестриманість.

Таким чином, у генезі ДР при АЗ велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. У таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки, проте вони неспроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на звичайні стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів прискорю-

ється 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, призводить до посилення алкоголізації.

Усі вищезазначені психіатричні, соціальні та психологічні чинники мають бути мішенню для профілактичних заходів.

Профілактика ґрунтується на єдиній методичній основі, що полягає у ранньому виявленні, поетапному лікуванні та оптимальній реабілітації цих хворих. Вона спрямована на визначення та корекцію біологічних, психологічних та соціальних факторів, що провокують виникнення депресії та підтримують її.

Головним напрямком профілактики ДР ендогенного походження є медикаментозна терапія в поєднанні з психотерапевтичною корекцією. Профілактика депресій соматогенного та цереброорганічного походження базується як на медикаментозній корекції наявних у пацієнтів соматоневрологічних порушень, які стали підґрунтям для виникнення депресії, так і на виробленні у хворих адекватного патерну поведінки при дії дезадаптувальних чинників. Використання у схемі комплексної терапії препаратів нейрометаболічної дії та гепатопротекторів з метою нормалізації нейрометаболізму та корекції порушених гепатоцеребральних взаємозв'язків, з нашої точки зору, є патогенетично обґрунтованим і доцільним.

Профілактика ДР у походженні яких провідне значення мають психологічні та/або соціальні чинники, вимагає використання складнішої системи впливів. На фоні протирецидивної психофармакотерапії, спрямованої на стабілізацію емоційного стану та корекцію постморбідних змін особистості, проводиться психотерапія, метою якої є гармонізація внутрішньої картини хвороби, зміцнення установки на тверезий спосіб життя, усунення (в межах можливого) несприятливих психотравмівних обставин або зміна ставлення пацієнта до таких впливів. У процесі психотерапії визначаються внутрішньоособистісні причини алкоголізації, проводиться аналіз та корекція індивідуально-психологічних стереотипів дезадаптивної поведінки з метою вироблення більш конструктивних поведінкових стратегій в умовах впливу психотравмівних обставин.

Профілактика ДР у таких хворих не може бути ефективною без позитивної зміни процесу психологічної адаптації із виробленням ефективних, зрілих механізмів психологічного захисту, гармонізації характерологічних особливостей особистості з покращенням пристосування до різних соціальних ситуацій, більш адекватним емоційним сприйняттям навколишнього, корекцією самооцінки, рівня домагань та здатності до самоконтролю.

Використання сугестивних методів у пацієнтів із ДР при АЗ є ефективним лише за умови стабілізації емоційної сфери та відсутності серед мотивів зловживання алкоголем патологічних мотивів самоушкодження.

Психоосвітня робота у рамках профілактики ДР повинна включати інформування пацієнтів про особливості їх недуги, причини виникнення та клінічні прояви депресії, прояви ППА, а також про важливість тривалої комплексної протирецидивної терапії на етапах формування та під час ремісії. Варто пояснити хворому та його

оточенню, що погіршення загального самопочуття, яке супроводжується втратою задоволення від звичайної діяльності, надмірною втомлюваністю, зниженням активності та працездатності, порушенням сну, апетиту може свідчити про наявність депресивного стану та повинно бути приводом для звернення до лікаря.

Зазначені заходи проводяться під час індивідуальних та групових занять, включають психокорекційну роботу в рамках консультативних центрів, «телефонів довіри» та інших організацій, орієнтованих на психологічну допомогу цим хворим, інформування пацієнтів та їх рідних шляхом надання необхідної друкованої інформації тощо.

Хворі із ДР на етапах ремісії АЗ часто звертаються до лікарів-інтерністів через проблеми зі здоров'ям, проте власне депресивна симптоматика, яка може «маскуватися» соматичними та вегетативними порушеннями, у таких випадках не виявляється та, відповідно, не корегується. Тому підвищення компетентності лікарів різних спеціальностей, насамперед фахівців первинної ланки медичної допомоги, з питань психіатрії, наркології, психодіагностики, вміння виявити у пацієнтів проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем та розробити диференційні рекомендації щодо комплексного лікування цих хворих є важливою складовою профілактичної роботи.

Висновки

Програма профілактики при ДР у хворих із АЗ має бути комплексною, етапною, безперервною та тривалою, з використанням індивідуально розроблених заходів, спрямованих на відновлення психічного, соматичного та соціального статусу пацієнта, включати психотерапію, фармакотерапію та соціотерапію. Основними її принципами є максимально раннє виявлення осіб із алкогольними

проблемами, потенційних пацієнтів з групи ризику; окрім психіатрів і наркологів обов'язкову участь в лікувально-діагностичній, реабілітаційній та профілактичній роботі беруть лікарі первинної медичної ланки, психолог, соціальний працівник, а також рідні та близькі хворих, з якими проводяться психоосвітні заходи. При реалізації вказаної програми слід враховувати виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні у нього соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Список використаної літератури

1. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман; за ред. О. К. Напрєєнко. – К.: Здоров'я, 2011. – 208 с.
2. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропятов; за ред. проф. О. К. Напрєєнко. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Психіатрія і наркологія: підручник / за ред. проф. О. К. Напрєєнко. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 528 с.
4. Скрипніков А. М. Наркологія: навчальний посібник / А. М. Скрипніков, О. К. Напрєєнко, Г. Т. Сонник – Тернопіль: ТДМУ, 2008. – 360 с.
5. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials / N. Iovieno, E. Tedeschi, K. H. Bentley [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2011. – Vol. 72 (8). – P. 1144–1151.
6. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance / S. Pilling, A. Yesufu-Udechuku, C. Taylor, C. Drummond; Guideline Development Group // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. d700.
7. Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders / Grothues J.M., Bischof G., Reinhardt S. [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2008. – Vol. 94 (1–3). – P. 214–20.
8. Patterns of alcohol and drug use among depressed older adults seeking outpatient psychiatric services / D. D. Satre, S. A. Sterling, R. S. Mackin, C. Weisner // Am. J. Geriatr Psychiatry. – 2011. – Vol. 19 (8). – P. 695–703.
9. Predictors of alcohol-related problems among depressed and non-depressed women / S. Nolen-Hoeksema, A. Desrosiers, S. C. Wilsnack // J. Affect Disord. – 2013. – Vol. 150 (3). – P. 967–973.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Ю. Напрєєнко

Для изучения взаимосвязи синдрома алкогольной зависимости и депрессивных расстройств обследовано 160 больных алкоголизмом с симптомами депрессии. Показано, что по происхождению такие депрессии можно разделить на психогенные (66,3% пациентов), эндогенные (11,3% пациентов), органические (церебρο-органические и соматогенные – 22,4% пациентов) и смешанные. Определены следующие клинические варианты депрессивного состояния: 1) ипохондрическое – у 42,5%; 2) астеническое – у 20,6%; 3) тревожно-депрессивное – у 19,4%; 4) дисфорическое – у 8,8%; 5) апатическое – у 4,35%; 6) простое – у 4,35% обследованных. 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 профилактики данной патологии, которая включает поэтапное одновременное медикаментозное и психотерапевтическое воздействие на три патологические составляющие «порочного круга» (психическую, соматическую и социальную), свойственные таким пациентам. Ее основные принципы: максимально раннее выявление лиц с алкогольными проблемами, потенциальных пациентов группы риска; помимо психиатров и наркологов в профилактической работе участвуют врачи первичного медицинского звена, психолог, социальный работник, а также родственники и близкие больных, которым проводятся психообразовательные мероприятия. Эта программа помощи учитывает установленные в процессе исследования механизмы развития депрессии, ее клинические варианты, клинические и динамические характеристики зависимого поведения, характерологические особенности пациента, имеющиеся у него соматические и неврологические нарушения и ситуацию в его микроокружении.

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

PREVENTION OF DEPRESSIVE DISORDERS AT ALCOHOL DEPENDENCE

N. Napryeyenko

For study the relationship of alcohol dependence and depressive disorders 160 alcoholic patients with depressive symptoms were examined. It is shown that the origin of such depressions 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) hypochondriac – in 42,5% of patients; 2) asthenic – at 20,6%; 3) anxiety-depressive – in 19,4%; 4) dysphoric – 14 (8,8%); 5) simple – in 7 (4,35%); 6) apathic – 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. A comprehensive system of prevention of this disease was designed, which includes a phased simultaneous medicamentous and psychotherapeutic influence on three pathological components of «vicious circle» (mental, physical and social) specific to such patients. Its main principles: maximal early detection of people with alcohol problems, potential patients from risk group; besides psychiatrists and narcologists, participation preventive work taking general practitioners, psychologists, social workers, and relatives of patients, which are involved in psychoeducational measures. This assistance program will allow identified during the study the mechanisms of depression and its clinical variants, clinical and dynamic characteristics of dependent behavior, characterological traits of patient with physical and neurological deviations and situation in its microenvironment.

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