

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко

ПРИНЦИПИ І МЕТОДИ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕПРЕСІЯХ,
АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ

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

napr_center@bigmir.net

Актуальність представленої роботи зумовлена недостатністю рівня медичної допомоги хворим із коморбідними депресивними розладами (ДР) та синдромом алкогольної залежності (АЗ, за МКХ-10: F10.2), а також фактичною нерозробленістю проблеми співіснування вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (ВАШН, МКХ-10: F10.1) та депресії, у тому числі в стадії ремісії.

Метою даного дослідження стало підвищення ефективності психолого-психіатричної допомоги особам із ВАШН і депресією шляхом розробки, використання та оцінки результативності системи протирецидивної терапії, що враховує фактори походження та предиктори рецидивів, а також стадії ремісії в цих пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 65 хворих із ВАШН і симптомами депресії, при цьому використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (скринінг шкала AUDIT, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методика К. Леонгарда – Г. Шмішека), соціально-демографічний та статистичний методи дослідження.

Результати та висновки. Зроблено висновки про те, що різним етапам ремісії депресивних розладів характерні певні типові та індивідуальні особливості клінічних проявів. Динамічне спостереження за цими пацієнтами після етапу купірувальної терапії з метою аналізу змін у структурі ремісії дозволяє диференціювати та персоніфікувати комплексне лікування депресії у відповідності до тієї чи іншої стадії її ремісії. Такий підхід сприяє запобіганню або ранньому виявленню ознак пререцидиву хвороби та вчасному купіруванню можливого рецидиву в даній категорії хворих, а також, можливо, зниженню вірогідності формування у хворих з ВАШН алкогольної залежності та інших тяжких форм як зловживання алкоголем, так і афективних розладів.

Ключові слова:депресія, зловживання
алкоголем, предиктори,
стадії ремісії,
протирецидивна терапія.

Актуальність проблеми депресивних розладів (ДР) зумовлена їх поширеністю (виникають впродовж життя у 17,1 % населення) [10], схильністю до рекурентного перебігу (у 50–80 % випадків) [7], зниженням соціального функціонування хворих з цією патологією [11] та іншими факторами. Однією з важливих причин низької ефективності допомоги хворим на депресію є недостатня результативність існуючих стандартів допомоги таким пацієнтам на етапі ремісії.

У нашій колективній монографії (2013) [4] застосовано термін «нециркулярні депресії» (НД) – це найпоширеніші депресивні розлади, що не пов'язані із такими фазовими захворюваннями як біполярний афективний розлад і циклотимія. У монографії висвітлено депресії, асоційовані з шизофренією, епілепсією, невротичними та соматоформними розладами, посттравматичним стресовим розладом, алкогольною і наркоманійною залежностями, поведінковими (нехімічними) адикціями, хворобою Паркінсона, гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця,

інфарктом міокарда, онкологічними захворюваннями, патологією вагітності, захворюваннями дитячого та підліткового віку, радіаційними надзвичайними ситуаціями та самогубствами. Однак проблема таких депресій у стадії ремісії в цій та інших доступних наукових працях представлена недостатньо і потребує подальшої розробки.

**Сучасний стан питання надання
допомоги пацієнтам із депресіями
в стадії ремісії**

Згідно з даними досліджень К. В. Захарової (2008) [2], на стійкість ремісії впливають наявність або відсутність залишкової симптоматики, тип ремісії, рівень соціальної адаптації пацієнта і тип перебігу захворювання. Ці чинники й визначають якість ремісії. При неспихотичних депресіях авторка виділяє наступні типи ремісій: безсимптомна, астенична, тривожна та гіпотимна [2].

Як вказують А. Смулевич, Е. Дубницька (2004) [5] та інші автори, протирецидивна (профілактична) терапія

показана при всіх видах депресій, її призначають не менше ніж на 4–6 місяців після купірування основних ознак недуги, оскільки різке припинення прийому препаратів може призвести до синдрому відміни з виразними вегетативними та іншими розладами [5].

За своєю спрямованістю і змістом протирецидивна терапія є варіантом підтримувального лікування. Її проводять на тлі ремісії або одужання (в наявності останнього можливо переконатися під час динамічного спостереження за пацієнтом). Вона здійснюється здебільшого амбулаторно і має на меті закріпити ефект терапії в гострому періоді хвороби, оскільки повне припинення лікування загрожує рецидивом депресії.

Проведений нами аналітичний огляд літератури, присвячений проблемі рецидивування депресивних розладів та протирецидивної терапії, виявив достатньо фундаментальну базу для подальшої розробки шляхів удосконалення медичної допомоги таким хворим на даному етапі медичної допомоги. Найбільш структуровано зазначені питання висвітлено у методичних рекомендаціях «Заходи по проведенню профілактичної (протирецидивної) терапії хворих з ендогенними психічними захворюваннями» Р. Я. Вовіна та Л. С. Сverdлова (1988) [1]. Ці рекомендації, на нашу думку, можуть бути адаптовані та екстрапольовані до інших за походженням форм даної психопатології та використані для подальшої детальної розробки шляхів удосконалення протирецидивної терапії хворих не тільки з ендогенними психотичними розладами, а й з «нециркулярними» депресіями, що спричинені психогенними, екзогенними, соматогенними та змішаними факторами.

Р. Я. Вовіна та Л. С. Сverdлова вказують на те (і це підтверджують подальші спостереження), що рецидиви ендогенних психозів – явище доволі часте. Так, наприклад, тільки в 6–10 % осіб, які перенесли напад шизофренії, він не повторюється впродовж життя. Саме тому в психоневрологічних диспансерах здійснюється динамічне спостереження за реконвалесцентами та подальша профілактика. Згідно з результатами наших досліджень, такий підхід доцільно використовувати й на етапі ремісії циркулярних депресій.

Необхідність удосконалення протирецидивної терапії зумовлена тим, що й на сьогодні кількість регоспіталізацій у психіатричні лікарні не тільки не зменшується, а й зберігає тенденцію до зростання. Це суперечить сучасній загальноновизнаній доцільності «переведення» переважного обсягу допомоги душевнохворим за межі психіатричних лікарень. Тобто, в наших умовах стосовно даної патології це питання залишається дискусійним.

Помічено, що найбільша кількість рецидивів виникає в перші місяці (у перший рік) після отримання основного курсу лікування. Протягом наступного року такі випадки рідшають, однак їх сумарна кількість до четвертого – п'ятого року сягає 80–90 %, а в подальшому частота випадків рецидивування поступово скорочується. Тобто сучасне профілактичне лікування подовжує тривалість ремісії, але не запобігає виникненню рецидивів, а лише відтерміновує час їх виникнення.

До причин недостатньої ефективності протирецидивного лікування належить проблема низького рівня комплаєнсу між медичними працівниками, хворими та їх рідними і близькими. Це значною мірою спричиняє те,

що близько половини пацієнтів, не зважаючи на переконливі рекомендації лікарів, самовільно припиняють підтримувальну терапію (ПТ). Даний факт вказує на необхідність персоніфікації ПТ із врахуванням не тільки біологічного компонента походження недуги, а й внутрішньої картини хвороби таких хворих та їх стосунків у мікрооточенні. При цьому важливою організаційною складовою має бути психоосвітня робота в мікрооточенні пацієнта.

Виявлена також ціла низка інших чинників, причетних до виникнення рецидивів хвороби, зокрема психічна травма, фізична та психічна перевтома, зловживання психоактивними речовинами, коморбідні соматичні захворювання тощо. Тому протирецидивні заходи мають включати психопрофілактичні, психогігієнічні складові та санацію вісцеральної і неврологічної сфер.

Доволі частими причинами раннього виникнення рецидиву є й недоліки співпраці стаціонарної та амбулаторної ланок психіатричної служби в плані ведення таких хворих, а також перебої в постачанні аптечної мережі необхідним асортиментом психотропних препаратів, що змушує лікарів-психіатрів підбирати не завжди адекватну заміну відсутнім медикаментам.

Ще М. Я. Сирейський (1939) виділяв три стадії ремісій: перша стадія «дозрівання», з можливою екзацерацією хворобливого стану (її треба відрізнити від власне рецидиву захворювання, тобто нового його нападу); друга – «стабілізації ремісії» – повне зникнення симптоматики (інтермісія); і третя – стадія розвитку «пререцидиву» – негативні зміни самопочуття пацієнта, наприклад, восени та навесні при ендогенному депресивному розладі. Кожна з цих стадій потребує особливої терапевтичної тактики.

Підтримувальне лікування при НД має бути комплексним, тобто передбачає інтегрування методів як біологічного (методи впливу на організм як на біологічний об'єкт – фармакотерапія, передусім психотропна, за показаннями, й соматотропна, а також електросудомна, розвантажувально-дієтична, детоксикаційна, інколи психохірургічна тощо), так і соціально-психологічного (психотерапія, соціальна робота з пацієнтом і його соціальним оточенням) спрямування [6]. При цьому за можливості корегуються фактори, що сприяють виникненню депресії. Ці чинники ми об'єднали в наступні групи:

1. *Генетичні.* Одним з доказів на користь спадкової схильності до депресивної патології є те, що при ній рівень відповідної конкордантності монозиготних близнюків сягає 65–70 %, тоді як дизиготних – тільки 15–20 %.

2. *Порушення обміну біогенних амінів* – нейромедіаторів, насамперед дефіцит серотоніну і/або норадреналіну, дофаміну та ГАМК (так звана моноамінова теорія патогенезу депресії).

3. *Порушення механізмів нейроендокринної регуляції*, насамперед підвищення активності гіпоталамо-адrenalово-надниркових механізмів.

4. *Психосоціальні чинники.* Їх доцільно згрупувати наступним чином:

- а) гострі психічні травми – втрата близьких людей або інші катастрофічні обставини особистого життя, переживання природних чи антропогенних катастроф, фізичного насильства тощо;

б) хронічна стресогенна ситуація – дрібні, проте значущі для особистості неприємності, пов'язані з сімейними, виробничими та іншими стосунками;

в) свідомо чи несвідомо фіксовані в попередніх періодах життя (частіше в дитинстві) психічні травми й сформовані на цьому тлі патологічні психологічні комплекси;

г) фрустрація – стан емоційного напруження у зв'язку з тривалим очікуванням значущої для особистості події;

д) екзистенційна криза – втрата сенсу життя, його мети, почуття гармонії з оточенням тощо;

е) негативістичний (песимістичний) стиль мислення [4].

Узявши за аналог рекомендації Р. Я. Вовіна, Л. С. Свердлова [1] щодо ендогенних психічних розладів, ми застосували наступний поетапний підхід до протирецидивної терапії при НД, асоційованих із зловживанням алкоголем.

1. *Терапія в стадії «дозрівання» ремісії.* Вказаний етап перебігу хвороби характеризується покращенням психічного стану зі збереженням помірних астеничних проявів з епізодичними симптомами резидуальної депресії та вегетативних порушень. При цьому, за відсутності підтримувального та протирецидивного лікування, зазначені симптоми можуть посилитися і навіть відновитися попередня НД. В амбулаторних умовах терапія, яка проводилася в «основному» (купірувальному) курсі, має бути продовжена, з дуже поступовим зниженням доз препаратів. Це лікування має таку спрямованість:

- а) подальше послаблення депресивної симптоматики;
- б) поступове зменшення медикаментозної седації та посилення стимулювальних впливів, при цьому відміну антидепресивних засобів слід здійснювати в загальному темпі, який дещо відстає від редукції симптомів депресії;
- в) корекція інших (неафективних), частіше непсихотичних, а інколи й психотичних проявів. Усе це можливо тільки за поєднання медикаментозного лікування з психотерапією та соціотерапією, оскільки крім «ендоморфних» ознак депресії з ідеями самозвинувачення, самоприниження тощо, в хворих виявляються «екзоморфні» переживання зниження власного соціального статусу з перекладанням відповідальності за життєву ситуацію на інших людей, веління долі тощо. При цьому ще тривалий час зберігається ризик рецидиву гострої психопатологічної симптоматики.

2. *Лікування на етапі стабілізації ремісії* має наступні цілі: остаточне визначення спектра психофармакотерапії, яка сприяє / не заважає соціальній активності індивіда.

3. *Терапія в стадії пререцидиву.* Проводиться динамічне спостереження з метою раннього виявлення пререцидивних психічних зрушень: надмірна драгівливість, тривога, вегетовісцеральні порушення, розлади сну, при психотичному регістрі психопатології можуть виникати елементи апатії, ангедонії, погіршення апетиту або дисфоричні прояви. Ці прояви спочатку аморфні, без чіткого структурного оформлення. Найчастіше це відбувається навесні чи восени, при переживанні пацієнтом конфліктних життєвих обставин, у випадку природних аномалій, мікро- та макросоціальних потрясінь, за фізичної чи психічної перевтоми, при інфекційних хворобах, загостренні соматичних і неврологічних захворювань, при вагітності та у післяпологовому періоді тощо.

У випадках виявлення ранніх ознак повернення депресії та інших (коморбідних) психічних і сомато-неврологічних порушень слід відновити психотропну та соматотропну фармако- і психотерапію. Починати купірування рецидиву на пререцидивній стадії доцільно використовуючи ті самі лікувальні засоби і в тих самих дозах, які були ефективними у попередній активній фазі захворювання, за потреби корегуючи їх, а за досягнення зворотного розвитку рецидиву слід вести хворого згідно з вищевказаними рекомендаціями стосовно терапії в стадії «дозрівання» ремісії. В названих вище рекомендаціях пропонується так званий інтервальний прийом препаратів з переходом до кожного наступного його етапу приблизно через 1 місяць, наприклад: один день на тиждень вільний від прийому ліків – два вільних дні на тиждень – прийом препаратів через день – інтервал між прийомами становить 2, 3 і більше днів, аж до одноразового прийому на тиждень. Наш досвід підтверджує доцільність такого підходу.

Результати та їх обговорення

Наведену вище технологію протирецидивної терапії ми ілюструємо на прикладі результатів дослідження 65 чоловіків, віком від 24 до 53 років (середній вік – $31,5 \pm 12,5$ роки), в яких діагностовано депресію та вживання алкоголю із шкідливими наслідками (ВАШН, за критеріями МКХ-10: F10.1). Метою дослідження стало підвищення ефективності психолого-психіатричної допомоги особам із ВАШН і депресією шляхом розробки, використання та оцінки результативності системи протирецидивної терапії, що враховує фактори походження та предиктори рецидивів, а також стадії ремісії в цих пацієнтів. Застосовано клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний і психодіагностичні методи дослідження: скринінг-шкала AUDIT, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методика К. Леонгарда – Г. Шмішека.

Виявлено наступні клінічні варіанти депресивних станів: тривожно-депресивний, дисфоричний, астеничний, іпохондричний і простий. Більшість (46–79 %) обстежених системного лікування раніше не отримували. В інших пацієнтів виявлялася терапевтична резистентність, зумовлена, на нашу думку, відсутністю комплексного підходу до лікування або його самовільним перериванням.

Після проведення купірувального етапу терапії всім пацієнтам здійснювали протирецидивне лікування. Початком ремісії ми вважали період після 1 місяця утримання пацієнтом від вживання алкоголю. На даному етапі допомоги ми, згідно з існуючими рекомендаціями [8, 9], з метою стимулювання соціальної активності пацієнта надавали перевагу соціоорієнтованим методикам (раціональна і сімейна психотерапія, терапевтичні спільноти, групи само- та взаємодопомоги, оскільки саме ці методи найбільше підвищують «реабілітаційний потенціал» хворого. А біологічну терапію застосовували здебільшого як допоміжну, необхідну лише для корекції постінтоксикаційних розладів у гострому періоді недуги. Це не стосується антидепресивних

препаратів і тимостабілізаторів, їх пацієнти с ДР приймали до 6 місяців і довше. Психотерапію ми спрямовували на гармонізацію внутрішньої картини хвороби, зміцнення установки на тверезий спосіб життя. При цьому враховували внутрішньоособистісну мотивацію алкоголізації, усували існуючі психотравмуючі обставини, стимулювали зміну ставлення пацієнта до таких впливів і до отримання задоволення поза алкогольними ексцесами (сімейні радощі, кар'єра, спорт, хобі тощо). До уваги було взято й результати проведеного нами соціально-демографічного дослідження пацієнтів із алкогольною залежністю (АЗ) і депресією. Воно вірогідно вказало на низький рівень освіти як один із предикторів алкогольної залежності ($p \leq 0,01$; $\chi^2=13,277$), до таких предикторів достовірно віднесено також трудову дезадаптацію ($p \leq 0,01$; $\chi^2=11,345$), і, менш вірогідно (слід продовжити подібне дослідження), – на негативний вплив особливостей сімейного статусу ($p \leq 0,01$; $\chi^2=11,345$). Ця інформація була врахована при обранні спрямованості та засобів соціально-психологічної корекції.

При оцінці результатів протирецидивного лікування ми притримувалися рекомендацій Kaplan H. I., Sadock B. J. (2002), які стійкість та тривалість ремісії оцінюють ретроспективно, виділяючи повну та часткову ремісії [3]. Аналіз катамнестичних даних (6 місяців – 2 роки після купірувального курсу терапії) вдалося провести стосовно 42 осіб із ВАШН. Він показав, що 18 (43 %) з них впродовж динамічного спостереження були в стані часткової ремісії, тобто епізодично вживали спиртне, хоча й помітно рідше (ми визнали такий результат як покращення). У 5 (12 %) виникли симптоми алкогольної залежності (за МКХ-10: F01.2), яка сформувалася за період спостереження (негативний результат). До позитивних результатів (значне покращення) ми віднесли 24 (57 %) випадки, в яких у пацієнтів констатовано повну ремісію, а саме – абсолютне утримання від вживання алкоголю та зворотний розвиток депресії. Встановлена тенденція до менш частого трансформування ВАШН у синдром алкогольної залежності та інші форми тяжкої алкогольної патології, порівняно з тими, хто отримував традиційне протирецидивне лікування та особами, які його взагалі не отримували. Але це питання потребує подальшого вивчення та обговорення.

Висновки

Різним етапам ремісії при нециркулярних депресивних розладах у осіб, що зловживають алкоголем, притаманні певні особливості клінічних проявів, що мають як типові, так і індивідуальні ознаки. Динамічне спостереження за цими хворими після етапу купірувальної терапії з метою аналізу змін у структурі ремісії дозволяє диференціювати та персоніфікувати комплексну терапію відповідно до тієї чи іншої стадії хвороби. Подібний підхід до ведення пацієнтів із ВАШН і депресією сприяє запобіганню або ранньому виявленню ознак пререцидиву хвороби і вчасному усуненню можливого рецидиву, а також, можливо, зниженню вірогідності формування в них більш тяжких форм як алкоголізму, так і афективних розладів.

Список використаної літератури

1. Вовин Р. Я. Мероприятия по проведению профилактической (протирецидивной) терапии больных с эндогенными психическими заболеваниями : методические рекомендации / Р. Я. Вовин, Л. С. Сverdlov. – Библиотека нормативно-правовых актов. – 05.02.1988 № 10-III/ПС-88-4/ПФ. – М., 1988. – 15 с.
2. Захарова К. В. Качество и стойкость ремиссии при применении антидепрессантов у больных с нециркулярными депрессивными расстройствами / К. В. Захарова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 1. – С. 53–58.
3. Каплан Г. Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М.: Медицина, 2002. – (Т. 1) – 672 с.
4. Напреенко О. К. Нециркулярні депресії : монографія / О. К. Напреенко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропятов; за ред. проф. О. К. Напреенка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
5. Смудевич А. Тревожные депрессии [Электронный ресурс] / А. Смудевич, Э. Дубницкая // Медицинская газета. – № 2. – 2004 г. – Режим доступа: http://www.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/2/article_2894.html (дата обращения: 01.03.2017).
6. Напреенко О. К. Психиатрия і наркологія : підручник / О. К. Напреенко, М. І. Винник, І. Й. Влох; за ред. проф. О. К. Напреенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 528 с.
7. Andrews G. Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? / G. Andrews, R. Poulton, I. Skoog // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 187. – P. 495–496. DOI:10.1192/bjp.187.6.495.
8. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment / K. E. Watkins, S. B. Hunter, K. A. Hepner [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – Vol. 68, issue 6. – P. 577–584. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.53.
9. Gotoh M. An investigation into the effectiveness of integrated group therapy and prognosis for dually diagnosed patients an invitation for the dual-diagnosis patients to the 12 step group therapy for alcoholics / M. Gotoh // Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. – 2012. – Vol. 47, issue 3. – P. 144–154.
10. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // JAMA. – 2003. – Vol. 289, No. 23. – P. 3095–3105. DOI:10.1001/jama.289.23.3095.
11. Mindham R. H. An evaluation of continuation therapy with tricyclic antidepressants in depressive illness / R. H. Mindham, C. Howland, M. Shepherd // Psychol. Med. – 1973. – Vol. 3, issue 1. – P. 5–17.

References

1. Vovin, R. Ya., & Sverdlov, L. S. (1988). *Meropriiatia po provedeniiu profilakticheskoi protivoretsidivnoi terapii bolnykh s endogennymi psikhicheskimi zabolevaniiami metodicheskie rekomendatsii* [Measures to conduct preventive (antirecurrent) therapy of patients with endogenous mental diseases: methodological recommendations]. Moscow: (n.p.), 15 p. (In Russian).
2. Zakharova, K. V. (2008). Kachestvo i stoikost remissii pri primeneniі antidepressantov u bolnykh s nepsikhicheskimi depressivnymi rasstroistvami [Quality and persistence of remission in non-psychotic depressed patients receiving antidepressant medications]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*, no. 1, pp. 53–58. (In Russian).
3. Kaplan, G., & Sedok, B. Dzh. (2002). *Klinicheskaia psikhiatriia* (T. 1) [Clinical psychiatry (Vol. 1)]. Moscow: Medicina Publ., 672 p. (In Russian).
4. Napryeyenko, O. K., Lohanovskiy, K. M., & Syrop'iatov, O. G. (2013). *Netsyrkuliarni depresii* [Noncircular depression]. O. K. Napryeyenko (Ed.). Kyiv: Sofija-A Publ., 624 p. (In Ukrainian).
5. Smulevich, A., & Dubnitskaia, E. (2004). Trevozhnye depressii [Anxious Depressions]. *Meditsinskaia gazeta – Medical Newspaper*, no. 2. Retrieved from: http://www.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/2/article_2894.html (accessed 01.03.2017, in Russian).
6. Napryeyenko, O. K., Vynnyk, M. I., & Vlokh, I. Y. (2011). *Psykhiatriia i narkolohiia* [Psychiatry and Narcology]. O. K. Napryeyenko (Ed.). Kyiv: VSV «Medytsyna» Publ., 528 p. (In Ukrainian).
7. Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *British Journal of Psychiatry*, vol. 187, pp. 495–496. DOI:10.1192/bjp.187.6.495.
8. Watkins, K. E., Hunter, S. B., Hepner, K. A., Paddock, S. M., de la Cruz, E., Zhou, A. J., & Gilmore, J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, vol. 68, issue 6, pp. 577–584. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.53.
9. Gotoh, M. (2012). An investigation into the effectiveness of integrated group therapy and prognosis for dually diagnosed patients an invitation for the dual-diagnosis patients to the 12 step group therapy for alcoholics. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, vol. 47, issue 3, pp. 144–154.
10. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 23, pp. 3095–3105. DOI:10.1001/jama.289.23.3095.
11. Mindham, R. H., Howland, C., & Shepherd, M. (1973). An evaluation of continuation therapy with tricyclic antidepressants in depressive illness. *Psychological Medicine*, vol. 3, issue 1, pp. 5–17.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ, АССОЦИИРОВАННЫХ СО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ

А. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко

Актуальность представленной работы обусловлена недостаточным уровнем медицинской помощи больным с коморбидными депрессивными расстройствами (ДР) и синдромом алкогольной зависимости (АЗ, по МКБ-10: F10.2), а также фактической неразработанностью проблемы сосуществования употребления алкоголя с вредными последствиями (УАВП, по МКХ-10: F10.1) и депрессии, в том числе в стадии ремиссии.

Целью данного исследования стало повышение эффективности психолого-психиатрической помощи лицам с УАВП и депрессией путем разработки, использования и оценки результативности системы противорецидивной терапии, которая учитывает факторы происхождения и предикторы рецидивов, а также стадии ремиссии у этих пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 65 больных с УАВП и симптомами депрессии, при этом использованы клинично-anamnестический, клинично-психопатологический, психодиагностический (скрининг шкала AUDIT, шкала самооценки депрессии Цунга, стандартизованная шкала депрессии Гамильтона, шкала Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, методика К. Леонгарда – Г. Шмишека), социально-демографический и статистический методы исследования.

Результаты и выводы. Сделаны выводы о том, что разным этапам ремиссии депрессивных расстройств присущи определенные типичные и индивидуальные особенности клинических проявлений купирующей терапии. Динамическое наблюдение за этими пациентами после этапа купирующей терапии с целью анализа изменений в структуре ремиссии позволяет дифференцировать и персонализировать комплексное лечение депрессии в соответствии с той или иной стадией ремиссии. Такой подход способствует предупреждению или раннему выявлению признаков прероцидива, а также, возможно, снижению вероятности формирования у больных с УАВП алкогольной зависимости и других тяжелых форм как злоупотребления алкоголем, так и аффективных расстройств.

Ключевые слова: депрессия, злоупотребление алкоголем, предикторы, стадии ремиссии, противорецидивная терапия.

PRINCIPLES AND METHODS OF ANTIRECIDIVE THERAPY FOR ALCOHOL ABUSE ASSOCIATED DEPRESSIONS

О. К. Napryeyenko, N. Yu. Napryeyenko

Background. The actuality of the presented work is caused by the insufficient level of medical care for patients with comorbid depressive disorders (DD) and alcohol dependence syndrome (AD, according to ICD-10: F10.2), as well as the actual undeveloped problem of coexistence of alcohol use with harmful consequences (AUHC, by ICD-10: F10.1) and depression, including in remission state.

Objective. The purpose of this study was to increase the effectiveness of psychologic and psychiatric care for people with AUHC and depression by developing, using and evaluating the effectiveness of the antirecidive therapy system that takes into account the factors of origin and predictors of relapse, as well as the remission stages in these patients.

Materials and methods. 65 patients with AUHC and depression symptoms were examined, using clinico-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic (AUDIT screening scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Hamilton Rating Scale for Depression, Ch. D. Spielberger – Yu. L. Khanin scale, methodic of K. Leonhard – G. Shmishchek), socio-demographic and statistical methodics of research.

Results and conclusions. It is concluded that different stages of the remission of depressive disorders are characterized by certain typical and individual characteristics of the clinical manifestations of cupping therapy. Dynamic observation of these patients after cupping therapy stage for analyzing changes in the structure of remission allows to differentiate and personify the treatment complex of depression in accordance with a particular stage of remission. This approach contributes to the prevention or early detection of signs of preroicide, and, possibly, to a decrease in the likelihood of the formation of alcohol dependence and other severe forms of alcohol abuse and affective disorders in patients with AUHC.

Keywords: depression, alcohol abuse, predictors, remission stages, antirecidive therapy.

Стаття надійшла до редакції 10.04.2017 р.

НАПРЄЄНКО Олександр Костянтинович, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (НМУ ім. О. О. Богомольця), м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net
НАПРЄЄНКО Наталія Юрївна, к. мед. н., доцент, доцент кафедри психіатрії та наркології НМУ ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net

НАПРЄЄНКО Олександр Константинович, д. мед. н., професор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца (НМУ им. А. А. Богомольца), г. Киев, Украина; e-mail: napr_center@bigmir.net
НАПРЄЄНКО Наталія Юрївна, к. мед. н., доцент, доцент кафедры психиатрии и наркологии НМУ им. А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: napr_center@bigmir.net

NAPRYEYENKO Oleksandr Kostiantynovych, M.D., Docent, Ph.D. & Dr. Med. Sci., Professor, Chief of Department of Psychiatry and Narcology of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: napr_center@bigmir.net
NAPRYEYENKO Nataliya Yuriivna, M.D., Ph.D., Associated Professor of Department of Psychiatry and Narcology of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: napr_center@bigmir.net