

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.895.4:616.89-008.441.3-07

*В.С. Підкоритов, О.І. Сєрікова, О.В. Скринник***ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ У ПСИХІАТРІЇ - КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: депресія, клініко-психопатологічні особливості, зловживання алкоголем

Питанню зловживання алкоголем хворих на різні форми афективних розладів присвячено багато робіт вітчизняних та закордонних науковців. Відмічається, що у значній кількості пацієнтів як з депресіями, так і з біполярним розладом має місце схильність до алкоголізації. Частота таких випадків, за даними різних авторів, коливається від 7 до 67,5% [1,2]. Така різниця в показниках може бути пов'язана з тим, що потяг до пияцтва, який нерідко виникає у хворих пароксизмально, має у дослідників різну клінічну трактовку. Деякі з них обмежуються лише описом окремих випадків вживання алкоголю під час гіпотимій. Поява більш виражених проявів депресії під час запою або по його закінченні в цих випадках трактується як прояви «алкогольної депресії» без урахування попереднього анамнезу афективного розладу. Серед причин спонтанних перерв у зловживанні алкоголем у таких хворих найчастіше вказується або значне зменшення або на ще більше

поглиблення депресивної симптоматики [3,4]. В той же час, як показує клінічна практика, пацієнти з подібною коморбідною патологією нерідко зустрічаються у практиці як психіатрів, так і наркологів. Однак, єдиних поглядів на принципи лікування таких хворих у цих лікарів не має.

Як показує аналіз літературних джерел, на сучасному етапі розвитку психіатрії питання вживання алкоголю при афективних розладах залишається недостатньо вивченим. Також потребує дослідження і характер вживання спиртних напоїв хворими на афективні розлади в залежності від особливостей клініки захворювання.

Метою нашого дослідження було визначення клініко-психопатологічних особливостей хворих на ендogenous депресії, які зловживають алкоголем. Основним завданням було з'ясування глибини та структури депресивної симптоматики у даної групи пацієнтів.

**Матеріали та методи дослідження**

Досліджено 32 хворих на афективні розлади, які були схильні до зловживання алкоголем. Серед них - 23 пацієнта з рекурентними депресивним розладом (поточний епізод помірної депресії або важкої депресії без психотичних симптомів - F32.1 та F32.2 за МКХ-10) та 9 хворих на біполярний афективний розлад (поточний епізод помірної депресії або важкої депресії без психотичних симптомів - F31.3 та F31.4 за МКХ-10). Всі вони знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України». Вік пацієнтів коливався від 20 до 59 років (середній вік 37,2 роки). Тривалість афективного розладу в середньому складала 12,4 роки (від 2 до 36 років). Вік початку захворювання був від 19 до 38 років. Давнина зловживання алкоголем

коливалась у межах від 2 до 23 років (в середньому 10,4 роки).

Для визначення рівня вираженості депресивної симптоматики використовувалася Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D), для оцінки тривожної симптоматики - Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) [5].

Дослідження проводилось в рамках науководослідної роботи «Вивчити особливості розладів настрою (депресивних, маніакальних), при яких використовуються подвійні психіатричні діагнози, і розробити диференційовані схеми їх лікування» (шифр АМН.РН.ДМ.09), що виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України».

## Результати та їх обговорення

Аналіз психопатологічної симптоматики у обстежених хворих виявив ряд особливостей кількісної та якісної структури афективних порушень. Середній бал за шкалою HAM-D у них складав ( $19,5 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ), а за шкалою HAM-A - ( $17,5 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ).

В структурі афективного синдромокомплексу у обстежених хворих можна було виділити три основних різновиди: депресивно-тужливий (40,63% - 13 пацієнтів), тривожно-депресивний (34,37% - 11 пацієнтів) та депресивно-апатичний (25,00% - 8 пацієнтів) варіанти.

Домінування депресивно-тужливого синдрому мало місце у 13 хворих (40,63%). Середній бал за шкалою HAM-D у них складав ( $20,5 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ), а за шкалою HAM-A - ( $10,5 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ). На тлі зниженого настрою, вітальної туги виникав потяг до алкоголю. Непереборне бажання «випити» було в першу чергу пов'язано із прагненням «визволитися» від поганого самопочуття, для того, щоб «одужати». Етанол виступав у ролі «антидепресанта», а в деяких випадках «снодійного засобу». Не дивлячись на підсвідомий характер «терапевтичного» вживання спиртного під час депресії, у більшості хворих був присутній контроль за кількістю прийнятого алкоголю. Хворі намагалися не перевищувати дозу, яка була необхідна для покращення їх стану. Практично у всіх таких хворих під час депресивної фази спостерігалось підвищення толерантності до алкоголю. Постінтоксикаційний стан характеризувався значною глибиною афективних порушень, їх залежністю від тривалості фази. Могли бути присутні ідеї своєї малоцінності. Хворі звинувачували себе не тільки у пияцтві, але й у скоєнні різноманітних помилок протягом всього свого життя. Песимістична самооцінка у них концентрувалася як на минулих «упущеннях», так і на поточних обставинах, що невдало складаються. Спостерігалися значні порушення засинання з впливом спонтанних неприємних спогадів. Соматовегетативні порушення також були досить вираженими, але їх важкість, як правило, не відповідала тривалості запою та кількості добового вживання алкоголю.

Домінування тривожно-депресивного синдрому зустрічалось у 11 хворих (34,37%). Середній бал за шкалою HAM-D у них складав ( $17,5 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ), а за шкалою HAM-A - ( $16,0 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ). Зловживання алкоголем у цих хворих частіше підсилювалось під час посилення тривоги. У половини обстежених

толерантність до спиртного поступово знижувалась. Хворі пояснювали необхідність вживання алкоголю прагненням позбутися невпевненості та складностей у спілкуванні, неспокою, передчуття майбутніх неприємностей або бажанням «розслабитися». Таким чином, алкоголь мав анксиолітичну дію. Під час алкогольного сп'яніння у деяких хворих виникав стан агресії. Постінтоксикаційний період характеризувався значним підвищенням тривоги, іноді до стану меланхолійного раптусу. В деяких випадках у них виникали суїцидальні думки. В разі значної кількості спожитого спиртного хворі переживали відчуття нестачі повітря, відмічалась лабільність артеріального тиску, тремор всього тіла, нестійкість ходи у поєднанні з внутрішнім відчуттям похитування. У деяких пацієнтів виникали кардіофобічні думки, що супроводжувалися значною афективною насиченістю, панічним страхом смерті. В таких випадках пацієнти припиняли вживання спиртного, зверталися спочатку до кардіологів, а потім – і до психіатрів.

Провідний депресивно-апатичний синдром мав місце у 8 хворих (25%). Середній бал за шкалою HAM-D складав ( $17,5 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ), а за шкалою HAM-A - ( $5,0 \pm 0,5$ ) балів ( $p < 0,05$ ). За словами пацієнтів, алкоголь допомагав їм позбутися «спустошення, байдужості». Завдяки йому вони могли досягти «вже втраченої легкості у спілкуванні», «були впевненими у своїх фізичних та інтелектуальних можливостях». У стані алкогольного сп'яніння значно підвищувалась активність та працездатність. Таким чином, алкоголь для них мав більш стимулюючу, ніж антидепресивну та гіпнотичну дію. З цією метою хворі протягом тривало часу вживали невеликі дози алкоголю. В постінтоксикаційному періоді у таких хворих зазвичай розвивався пригнічений настрій з почуттям винуватості, схильності до самоосуду з приводу вживання алкоголю. Нерідко спостерігалися явища деперсоналізації, які супроводжувалися значним ускладненням розумової діяльності з відчуттям «тупості», маломислення.

Таким чином, клінічна структура депресивного синдрому є одним з основних факторів, що визначає у хворих на афективні розлади прояви та виразність потягу до алкоголю, масивність вживання, толерантність до етанолу та його психофармакологічний ефект. Вживання алкоголю викликає змінення клінічної картини ендогенної депресії, що може викликати певні труднощі у визначенні нозологічної приналежності та важ-

кості стану захворювання. Проблеми неправильної діагностики захворювання, в свою чергу, призводять до його неадекватного лікування, що

впливає на можливості формування повноцінної ремісії у цих хворих та значно погіршує їх соціальну адаптацію.

*В.С. Подкорытов, О.И. Серикова, О.В. Скрынник*

**ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ В ПСИХИАТРИИ - КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОТОРЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮТ АЛКОГОЛЕМ**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН Украины»

В статье приведены особенности аффективной патологии больных эндогенными депрессиями, которые склонны к злоупотреблению алкоголем. Выявлены основные типы депрессивных синдромов, которые чаще всего сочетаются с злоупотреблением алкоголем, проанализирована их количественная и качественная структура. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С.117 -119).

*V.S. Pidkorytov, O.I. Serikova, O.V. Skrynnyk*

**COMORBIDITY PROBLEMS IN PSYCHIATRY - CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS THAT HAVE ALCOHOL ABUSE**

PI “Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine”

Peculiarities of affective pathology in patients with endogenous depression that have been considered in the article. There were finding main types of depressive syndromes that are most often combined with alcohol abuse. Also there were analyzed their qualitative and quantitative structure. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 117-119).

*Література*

1. Гофман А.Г. Наркология. – М.: Миклош, 2003. – 215с.
2. Ойфе И.А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии (клинический аспект проблемы). Автореф. дис. канд. мед. наук.- М, 1990. – 21с.
3. Гуревич Г.Л. Вопросы клиники, динамики и терапии алкогольной зависимости при аффективных психозах // Вопросы

наркологии. – 2004. - №3. – С 38 - 48.

4. Чирко В.В. Алкогольная и наркоманическая зависимость у больных с эндогенными психозами. – М.: Медпрактика, 2002. – 168с.

5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. - Харьков: Торнадо, 2003. – 352с.

Поступила в редакцию 4.03.2009