

И.К. Сосин, С.О. Гримблат, Д.В. Сайков

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский институт Межрегиональной академии управления персоналом

Ключевые слова: алкогольная депрессия, клинико-психопатологические особенности, качество жизни.

Эпидемический характер распространения и глобальные масштабы депрессий среди населения всех стран мира, огромный моральный и экономический ущерб, роль социальных факторов в их генезе дают основание рассматривать эту проблему не только с точки зрения медицинских аспектов, но и как актуальную социальную патологию, значительно снижающую качество жизни [1,2,3,4,5,6,7].

Среди причин и факторов риска, обусловивших интенсивное распространение депрессивных расстройств, существенное место занимает феномен массового тимогенного потребления психоактивных веществ в изменившихся стандартах функционирования и выживания личности. Естественно, что эпидемическое распространение алкогольной зависимости решающим образом повлияло на интенсивный рост алкогольной депрессии. Распространенность депрессии среди контингента больных алкогольной зависимостью значительно выше, чем среди общей популяции населения. Качество жизни при этом снижается не только у злоупотребляющих алкоголем. Каждый субъект с алкогольной или

наркотической зависимостью, с депрессивно-дисфорическим асоциальным поведением, создавая повседневную психотравмирующую ситуацию в ближайшем окружении, способствует формированию депрессивных расстройств пограничного спектра и снижению качества жизни в микросоциальном ареале у 8–9 созависимых [8].

Свидетельством высокой распространенности алкогольной депрессии среди наркологических контингентов украинской популяции являются данные медицинской статистики и службы фармации о том, что антидепрессанты относятся к группе препаратов, которые наиболее широко назначаются пациентам наркологического профиля в комплексной терапии зависимостей.

Настоящее исследование посвящено актуальной проблематике современности – изучению факторов, снижающих качество жизни у алкогользависимых пациентов на основе анализа стандартных социально-демографических показателей и клинико-психопатологических маркеров депрессивных расстройств алкогольного генеза.

Материал и методы исследований

В качестве методической основы исследований нами была избрана комплексная оценка и анализ алкогольной депрессии с использованием следующих подходов: 1) Метод стандартного клинико-психопатологического исследования больных алкогольной зависимостью, включавшего глоссарий и критерии МКБ-10; 2) Клинико-психопатологический скрининг депрессивных состояний по специально разработанной в соответствии с программой исследования «Карте компьютерного мониторинга алкогольной депрессии»; 3) Психометрическая оценка депрессивных расстройств с применением шкал Гамильтона, Спилберга-Ханина, САН.

Научные публикации свидетельствуют о том, что понятие «качества жизни», в позитивной его смысловой сущности, применимо к депрессивному индивидууму с проблемами алкогольной аддикции весьма условно.

Депрессивные расстройства встречаются на всех этапах и стадиях формирования, развития и резидуальных финалов алкогольной зависимости, а также в структуре практически всех основных клинических ситуаций, встречающихся в практике врача-нарколога. «Депрессивную патологию» «депрессивные расстройства», «депрессивные состояния», «депрессивные эпизоды», различной продолжительности и степени

выраженности, можно выявить практически у каждого алкогользависимого пациента, в связи с чем современная наркология и психиатрия рассматривают «алкогольную депрессию» как патогномоничное состояние в рамках алкогольной нозологической проблематики [9; 10; 11].

В последнее десятилетие наблюдается выраженный клинический патоморфоз алкогольной аффективной патологии в сторону увеличения частоты атипичных, латентных, трудно дифференцируемых случаев, а с другой стороны, утяжеления симптоматики с тенденцией к рецидивированию. При этом эмоциональная патология тем выраженнее, чем больший стаж алкоголизации [12;13].

Депрессивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью инициируют приступы массивной алкоголизации, затяжные изнурительные запои, острые психотические состояния и суицидальную мотивацию, увеличивая, тем самым, непрогнозируемость, непредсказуемость исхода этих состояний. Прогрессиентность и инкурабельность алкогольной зависимости в целом во многом соотносят с наличием в его клинике расстройств депрессивного регистра. В современной наркологии алкоголь и депрессия рассматриваются также с точки зрения факторов, взаимопотенцирующих прогрессирующее снижение качества жизни [14;15].

Клинико-синдромальный и патофизиологический полиморфизм алкогольной депрессивной симптоматики, большой градиент степени ее выраженности (от нераспознаваемых, поведенчески невыявляемых, а, следовательно, и неучитываемых в терапевтических программах, т.н. «ларвированных», «латентных», «стертых», «маскированных», «субклинических», «субсиндромальных», „скрытых”, „маскированных” состояний до степени угрожаемых жизни вследствие аутоагрессии, являются одной из основных причин трудностей диагностической идентификации и терапевтической резистентности [16;17;18].

Социально-демографическая и нозологическая характеристика объекта исследований. Изучение клинических особенностей алкогольной депрессии проведено нами у 113 больных, страдавших синдромом зависимости от алкоголя (шифр МКБ-10 - F10.2). Все испытуемые были мужского пола в возрасте от 21 до 59 лет; средний возраст $39,7 \pm 0,81$ лет), находившихся на стационарном противоалкогольном лечении в мужском наркологическом отделении областного наркологического диспансера. Распределение

пациентов по возрастным диапазонам было следующим: 20 – 30 лет – 14,2%; 31 – 40 лет – 37,2%; 41 – 50 лет – 38,9%; 51 – 60 лет – 9,7%, что отражает общую демографическую ситуацию, характерную для популяции алкогользависимых лиц мужского пола.

По семейному положению на период исследований: женатых было – 64 (56,6%); одиноких (в разводе)– 39 (34,5%); холостых - 9 (8,0%); 1 – вдовец (0,9%). Среди женатых - 21 чел(15,6%) – в повторных браках. Большинство холостых не смогли и не успели создать семью из-за пристрастия к алкоголю.

По образовательному уровню больные распределились следующим образом: незаконченное среднее – 19 чел (16,8%); среднее – 54 чел (47,8%); среднее специальное – 27 чел (23,9%); незаконченное высшее – 1 чел (0,9%); высшее – 12 чел (10,6%).

Более половины пациентов (69 или 61,1%) до заболевания стали квалифицированными рабочими (водители, механики, столяры, плотники, слесари, токари, газо- и электросварщики, электромонтеры и др.). 6 чел (5,3%) из 12-ти окончивших вузы, ранее были адекватно, в соответствии с полученным образованием, трудоустроены, работали специалистами (три инженера, два врача, один военный офицер). 35 чел (31,0%) специальности не приобрели, работали неквалифицированными рабочими. 3 чел (2,6%) до заболевания и в дальнейшем определенных социально полезных занятий не имели, не работали.

На момент исследования имели постоянную или временную, сезонную работу 67 больных (59,3%), остальные (39 чел, 34,5%), по критерию трудовой занятости и полезности семье и государству, были социально дезадаптированы, имели патологически низкое качество жизни. Один пациент относился к категории военного пенсионера, не работал. Второй военнослужащий, со средним военным образованием, был уволен в запас по причине пьянства, работал охранником (работа позволяла пребывать в алкогольной интоксикации).

В подавляющем большинстве случаев утрата рабочего места и безработица, низкий уровень и качество жизни были обусловлены алкогольной зависимостью с клиникой рекуррентных депрессивных расстройств. Вместе с тем, в ряде случаев больные предпринимали безуспешные попытки выживать путем случайных заработков, малого бизнеса или с привлечением иных способов добывания денег на алкоголь.

Длительность заболевания алкогольной зависимостью варьировала от 3 до 17 лет. Начало приобщения и регулярного потребления алкоголя у большинства больных (78 чел. или 69,0%) приходится на возрастной период до 25 лет.

На момент проведения исследований у всех больных констатировалась вторая клиническая стадия алкогольной зависимости. Общая социальная и клинико-типологическая характеристика больных включала: дезадаптированный стереотип употребления алкоголя, который приводил к нарушенным формам поведения; снижению социальной активности (прогулы, снижение продуктивности труда, ухудшение в учебе, игнорирование воспитанием детей и домашним хозяйством, деструктивное отношение к финансовому положению и благосостоянию семьи); повторяющиеся эпизоды потребления алкоголя в недозволенных ситуациях и реальной опасности для жизни своей и окружающих (управление транспортом); повторные нарушения норм поведения и др.). Наследственнаяотягощенность по алкоголизму выявлена в 36 случаях (31,9%).

По результатам собственных наблюдений приведем общее клиническое описание алкогольной депрессии. Прежде всего, это были расстройства, затрагивающие аффективную сферу: различные по структуре состояния пониженного, угнетенного настроения с негативной оценкой собственного «Я», с феноменом «виновности», «неполноценности», отрывочных параноидальных конструкций самоуничижения, элементов деперсонализации, а также негативной оценкой окружающего (живого и неживого мира), пессимизма в отношении своего статуса как настоящего, так и будущего. Присутствующее в структуре алкогольной депрессии утреннее чувство вины (перед предстоящей алкоголизацией) сопровождалось «симптомом открытости», («ощущение, что все видят, все знают мой порок, все укоризненно смотрят, осуждают взглядами, насмешливо и презрительно улыбаются»). Нередким, по нашим наблюдениям, являлась так называемая «улыбающаяся депрессия» («Smily Depression»), ассоциирующаяся со старым диагностически приемлемым термином «алкогольный юмор», известного из повседневной клинической практики и многочисленных публикаций, в том числе и современных [17].

Диссоциация депрессивных расстройств алкогольного генеза заключалась также в том, что при ларвированных аффективных расстройствах присутствовал скрытый потенциал патопсихологических аутоагрессивных мотиваций или виталь-

ное ощущение безысходности с когнитивно-суицидальными тенденциями, явлениями «алкогольной фрустрации» и панических состояний.

Витальный характер алкогольной депрессии в ряде случаев проявлялся глубокими раптусами уныния, ипохондрии, ощущением опустошенности, предсердечной тоской, суточной индуляцией аффекта, отрывочными явлениями меланхолической деперсонализации. Деморализующая и изнуряющая роль коротких, повторяющихся депрессивных эпизодов и затяжных аффективных расстройств (в аспекте психологического статуса, психического и физического здоровья) дополнялась, как отмечалось выше, повышенной частотой суицидальных мыслей, что в наркологии явно недооценивается. При целенаправленном интервьюировании всех исследованных больных у 47 из них (41,6%) смысл жизни по оценке респондентов был на когнитивно-депрессивном фоне проблематичным.

Для наших пациентов характерен был тот факт, что привычные дозы алкоголя вызвали диссоциированные эффекты: не повышали настроение, не подавляли депрессивную симптоматику, а, наоборот, в ряде случаев в состоянии интоксикации она (симптоматика) еще более актуализировалась, обострялась, индуцируя соответствующие поведенческие аспекты.

Мы наблюдали также часто встречающуюся коморбидную предикторную значимость депрессивных состояний в «запуске» (рецидивировании) истинных и псевдозапойных состояний. За появлением в т.н. «светлом промежутке» тревожно-депрессивного, дисфорического и даже гипоманиакального аффекта, как правило, следовала вспышка компульсивного влечения к алкоголю и затяжной запойный период.

В постабстинентном периоде, когда у больных был начальный этап формирования ремиссионного (внутрибольничного) состояния, мы наблюдали клиническую картину, которую можно было назвать «трезвая фрустрация». Это были те случаи, когда: ожидаемое пациентами изначально психотерапевтически «обещанное», «гарантированное» персоналом «полное восстановление здоровья» после прекращения потребления алкоголя молниеносно не наступало и, наоборот, самочувствие продолжало ухудшаться достигая статуса депрессивного расстройства. В тех случаях, когда депрессивная симптоматика имела в преморбиде, мы наблюдали ее трансформацию, вызванную хроническим интоксикационным процессом, а также ее сложное смешение с аффективной патологией, привнесен-

ной состоянием алкогольной аддикции.

В структуре алкогольной депрессии с постоянной частотой встречали психопатологический феномен, обозначенный нами как «фобия трезвости». Алкогользависимый пациент в постабстинентном периоде, на ранних стадиях формирования ремиссии, не готов к лишению и радикальному отказу от привычного, психологически приемлемого для него сложившегося многолетнего алкогольного стереотипа. В связи с этим, реабилитационно-восстановительные этапы и программы, несомненно, должны включать антидепрессивную коррекцию по мере необходимости.

Обращает на себя внимание высокая частота диссомнических расстройств. Особенно характерным для алкогольной депрессии оказались страхи во сне (сновидения с анксиозной фабулой), сохранявшиеся и при ночных пробуждениях («ночные страхи»), которые были больше приурочены к периоду абстинентной патологии, а также кошмарные и тематические сновидения в постабстинентном периоде (как предикторы появления приступов патологического влечения к алкоголю).

Возникновение патологического влечения к алкоголю в любой клинической ситуации проявлялось преимущественно пониженным настроением с раздражительностью, тревогой, тоской, страхом, астенией нарушением сна (в т.ч. в форме стойких и однотипных тематических сновидений).

Констатировалось наличие фрустрационно-постабстинентного состояния как результат сниженного депрессией энергетического потенциала, астении, астено-ипохондрии. Особенно в этот период появлялось избирательно адресованное аффективное противостояние к препятствиям на пути к удовлетворению алкогольной жажды. Внешние посягательства на алкогольные устои пациента вызывают дисфорические реакции, нередко бурные, с элементами гетероагрессии. Иногда были обратные реакции – утрированное унижение, подвострастие.

Перечисленные признаки, как правило, не появлялись изолированно, моносимптомно. Они всегда комбинировались, нередко имели диссоциированный характер (сочетание взаимоисключающих, амбивалентных признаков).

Имеющуюся аффективную симптоматику с известной долей схематичности мы рубрифицировали по наличию фасадных признаков в следующие синдромальные градации:

а) депрессивный (36 чел, 31,86%): преобла-

дание пониженного настроения, озлобленная угрюмость и мрачность, анорексия, диссомния, снижение интереса к окружающим и своим проблемам (с визуально констатируемым отсутствием активности и наличием моторной заторможенности); тимолептические эквиваленты циклоидности (активность и настроение - «хуже по утрам» либо астеническому типу (ухудшение настроения и усиление слабости к вечеру); все это могло сочетаться с повышенными позитивно окрашенными эмоциональными порывами в отношении алкоголя, избирательная моторная (поведенческая) и идеаторная активность в попытках реализации алкогольной мотивации;

б) тревожно-депрессивный (26 чел, 23,01%): – фасадный феномен – тревога, навязчивое ожидание плохих событий, психофизическая напряженность, беспокойство;

в) дисфорический (13 чел, 11,50%): – пониженное настроение является фоном, на котором доминируют злобность, негативизм, взрывчатость, несговорчивость, «тупое упрямство», конфликтность;

г) астено-депрессивный синдром (22 чел, 19,47%): на фоне сниженного настроения пациенты вялы, пассивны, утомляемы, внимание не фокусируют, не могут сосредоточиться, рассеяны, жалуются на головные боли, слабость;

д) депрессивно-ипохондрический (9 чел, 7,96%): патологическая заостренность и локальная фиксация внимания, всех органов чувств, мыслей на телесных ощущениях с эмоционально окрашенными негативными переживаниями («ощущение внутренней угрозы»), утрированной озабоченностью пациентов в целом своим здоровьем, характерно стремление демонстративно подчеркнуть и утяжелить трагизм имеющейся патологии, предъявляют жалобы на болевые ощущения.

е) апатический (7 чел, 6,20%): пониженное настроение с вялостью, безразличием ко всему (кроме фокусированной алкогольной проблематики).

По данным наших наблюдений, как в период проведения исследований, так и ретроспективном анализе анамнестических данных, у больных алкогольной зависимостью можно классифицировать, по крайней мере, следующие клинические ситуации, для которых свойственна постоянно, закономерно и волнообразно повторяющаяся, патогномоничная депрессивная симптоматика: депрессия в структуре абстинентного синдрома (состояния отмены) – F10.3; депрессия постабстинентного периода - F10.22; деп-

рессивные составляющие синдрома патологического влечения к алкоголю; депрессивная симптоматика как клиническая составляющая запойного периода – F10.26; депрессивные реакции в период острой алкогольной интоксикации – F10.24; алкогольные депрессии сформировавшегося ремиссионного периода – F10.20; преимущественно депрессивная симптоматика в структуре алкогольного психотического расстройства (F10.54); депрессивные реакции (расстройства, состояния) у алкогользависимых пациентов как следствие воздействия стрессогенных факторов социальной среды -F32.

Алкогольная депрессия была разнообразна не только по своим клинко-психопатологическим проявлениям, но и по своей тяжести. Тестирование по шкалам Гамильтона, Спилбергера-Ханина, САН было установлено, что в подавляющем большинстве случаев имеет место средняя степень тяжести депрессивной симптоматики, повышенный уровень тревожности (реактивной и личностной), сниженные показатели самочувствия, активности, настроения. Депрессия у одного и того же больного могла за короткий промежуток времени трансформироваться из легкой (утром) до тяжелой (к вечеру) или наоборот.

Психопатологической константой в состоянии больных всегда оставался синдром патологически пониженного настроения. В результате алкогольная депрессия, как правило, сопровождалась нарушением трудоспособности, трудностями необходимых социальных коммуникаций и адаптации в обществе, что требовало врачебной помощи, нередко в наркологическом стационаре. Алкогольная депрессия существенно снижала качество жизни за счет утраты активности и наличия страданий.

Наши исследования показали, что постабстинентный период, как клинически и терапевтически важный этап, целесообразно дифференцировать, прежде всего, благодаря наличию и ряду особенностей депрессивной симптоматики. На начальном этапе, после проведения традиционной детоксикации и антидепрессивной терапии, как правило, удавалось купировать синдром отмены и клинику коморбидной алкогольной депрессии. У своих пациентов мы наблюдали общеизвестную из клинической практики и научных описаний такую картину: значительное улучшение самочувствия больных на фоне быстро восстанавливающихся многих вегето-неврологических, соматических, гомеостатических показателей. Вместе с тем, спустя некоторое время (5 - 7 дней), когда объем массивной

интенсивной фармакотерапии, в связи с улучшением, традиционно в наркологии снижают, при относительно удовлетворительном соматическом состоянии, у подавляющего большинства больных психический и психологический статус начинал вновь ухудшаться. Иногда это наблюдалось к завершению стационарного лечения. Речь идет о второй волне депрессивной симптоматики, наступавшей в постабстинентном периоде («депрессия детоксицированных пациентов»), когда уже непосредственный интоксикационный фактор свою депрессогенную роль исчерпал, и на первый план выступали иные, нередко психологически объяснимые причины. Представляется важным, что возникавшая спонтанная или обусловленная конкретными психогенными обстоятельствами вторая аффективная волна часто совпадала со временем традиционной выписки больного из стационара по завершении курса противоалкогольного лечения (на основе принципа добровольности). В своих желаниях выписки из наркологического стационара больной руководствовался своим конкретным периодом хорошего самочувствия.

Несмотря на то, что непосредственные страдания, связанные с синдромом отмены, практически отсутствовали, больные испытывали лабильный в течение дня психологический дискомфорт, связанный с утратой привычного многолетнего алкогольного стереотипа, тоской по алкоголю, «фобией трезвости», фрустрационное состояние, в связи с осознанием своей социальной непригодности, («оброс проблемами быта, семьи»), психогенным воздействием внешних неблагоприятных психосоциальных и бытовых констелляций. Наблюдались приступы дистимии, тревоги, астено-депрессивных состояний с очерченными мыслями о возобновлении алкоголизации, «мозаичной апатии» (безразличие ко всему, кроме алкогольной атрибутики). У большинства больных (76%) в этот период заметно снижалась критика. Несмотря на то, что у многих больных (59%) к этому времени сформировалось индуцированное врачом решение предпринять попытку отказа от алкоголя, полученные сведения убедительно показывают высокую рецидивоопасность второй депрессивной волны, ненадежность психокоррекционной выработки антиалкогольных мотиваций в период абстинентных расстройств при наличии депрессивной симптоматики.

Депрессивные расстройства постабстинентного периода нередко имели реактивные пусковые механизмы, т.к. по сути своей фабулы были непосредственно спровоцированы ситуационно

обусловленными заботами, страхами, печалью и неуверенностью (особенно, при наличии предыдущих попыток «радикального отказа» от алкоголя), тем более, что имела место сниженная толерантность к психическим нагрузкам. Психореактивные механизмы депрессивных состояний стимулировались чувством обиды на жесткость микросреды, осуждающей алкогольное пристрастие, суровость и несправедливость жизни, проблемы потенции (в общем масштабе сниженного алкогольной депрессией энергетического потенциала), необходимости постоянных оправданий и поиска алкогольных алиби, тяжелые служебные неудачи, неспособность выстоять утрату и отказ от алкогольных ценностей. В то же время нередко можно было трактовать вторую волну депрессивной симптоматики как признак обострения патологического влечения к алкоголю.

Таким образом, клинико-феноменологический анализ показал, что для алкогольной депрессии характерны преходящая меняющаяся тяжесть, мозаичная вариабельность структуры психопатологических, психологических, соматоформных коррелятов. Алкогольная депрессия повторяется, ундулирует, имеет рекуррентное течение, четко коррелируя с острыми периодами алкогольной зависимости и имея определенную тропность и специфику, как качественно новое состояние, при наступлении ремиссии, начиная с ее ранних этапов формирования.

Типичной клиникой алкогольной депрессии для этого периода можно считать непсихотический уровень депрессивного расстройства, сочетающийся с тревогой. Имеются характерные невербальные признаки депрессии, а также соматические знаки, нарушения настроения, сна, депрессивно-когнитивные расстройства, связанные с утратой алкоголя, фобией трезвости, как осознанная или неосознанная тяга к алкоголю.

Принципиальная нозологическая специфичность алкогольной депрессии состоит, прежде всего, в том, что она коморбидна с алкогольной интоксикацией и алкогольной зависимостью.

Депрессия – тот клинический фон, на котором трудно или невозможно начинать программу психокоррекционной переориентации мотиваций с алкоголя на категорический отказ от него. Наши наблюдения показали, что выработка противоалкогольных мотиваций с использованием фармакологических методов, психотерапии, психокоррекции возможна лишь после ку-

пирования депрессивных расстройств. Феномен рецидивирования депрессивной симптоматики в постабстинентном периоде свидетельствует о преждевременном прекращении или недостаточном объеме проводимой антидепрессивной терапии.

Выводы.

1. При алкогольной зависимости классические клинико-психопатологические критерии депрессии видоизменяются рядом особенностей, которые в своей совокупной синдромокINETической типологии и облигатной коморбидности с аддикцией формируют понятие «алкогольной депрессии». К общей клинической характеристике алкогольной депрессии, по полученным данным, можно отнести: вариабельность, полиморфизм, превалирование легких и средних степеней тяжести, высокий суицидогенный потенциал, наличие диссоциированных форм в виде т.н. «смеющейся депрессии» («Smile Depression»), «депрессии алкогольной фрустрации», депрессии как сформировавшейся психопатологической, патопсихологической и патофизиологической структурной составляющей физической зависимости и как системный патологический механизм в генезе рецидивирования, нестабильности ремиссий и низкой итоговой результативности лечения зависимости.

2. Установлен феномен алгоритмично и наиболее часто повторяющейся фазности («тандемное рецидивирование») алкогольной депрессии (у 81,7% больных), вначале - в качестве структурного компонента синдрома депривации, а затем (т.н. «вторая волна»)- в ближайшем постабстинентном периоде, но уже в качестве маркера обостряющегося синдрома патологического влечения или состояния дезадаптации. По усредненной клинико-психопатологической и квантификационной патопсихологической оценке степень тяжести этих фаз депрессивных состояний примерно одинакова и требует в равной степени обязательного, неотложного и сквозного охвата терапевтическим воздействием. Целостное рассмотрение выявленной фазности алкогольной депрессии структурно меняет традиционные представления об антидепрессивной тактике и диктует необходимость сочетанных фармакологических и немедикаментозных методов лечения в рамках единой патогенетической курсовой схемы. По нашему мнению, алкогольная депрессия является немаловажным фактором, снижающим качество жизни пациентов.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ І КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ДЕПРЕСІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський інститут Міжрегіональної академії управління персоналом

На підставі інтегрального аналізу літературних джерел та багатофакторного обстеження 116 хворих на алкогольну залежність дана всебічна соціально-демографічна та клініко-психопатологічна характеристика алкогольної депресії у ракурсі її негативного впливу на якість життя пацієнтів. Показано, що депресивні порушення уявляють собою суттєву перешкоду до реалізації програми психокорекційної переорієнтації особистості пацієнта на тверезість з метою ініціації його мотивацій щодо створення гідної якості приватного життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 23-29)

I.K. Sosin, S.O. Grimblat, D.V. Saykov

SOCIAL - DEMOGRAPHIC AND CLINIC-PSYCHOPATHOLOGIC PARAMETERS OF A DECREASE OF A QUALITY OF LIFE AT ALCOHOLIC DEPRESSION

The Kharkov medical academy the postdiploma of formation the Kharkov institute of Inter-regional academy of control of staff

It is ground of the integral analysis of the references and multifactor examination 116 ill with alcoholic relation the comprehensive social - demographic and clinic-psycho-pathologic characteristic of alcoholic depression in an aspect angle of its negative influencing on a quality of life of the patients is given. Is rotined, that the depressive distresses represent an essential interrupting to implementation of the programs psychocorrectional reorientation of the person of the patient on sobriety with the purpose of an initialization of his motivations on creation of worthy quality of personal privacy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 23-29)

Література

1. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния: (Патофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика). - К.: Наук.думка, 1986.-272с.
2. Табачников С.І., Літвінов В.Б., Влох І.Й. та ін. Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці // Архів психіатрії. — 2001. - № 3 (26). — С. 5 – 8.
3. Напреенко А.К. Депрессии и тревога в общемедицинской практике (социальные, диагностические и лечебно-профилактические аспекты) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, № 1, 2002. — С. 7 - 12.
4. Абрамов В.А., Васильева А.Ю. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской помощи // Архів психіатрії. — 2003. - № 1(32). — С. 71 – 73.
5. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування) / Методичні рекомендації. Харків, 2003. — 20 с.
6. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии: Современная терапия. (Руководство для врачей). Изд-во «Торнадо», Харьков, 2003. — 350 с.
7. Мішієв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Видавництво Мс. — 2004. — 208 с.
8. Скугаревская Е.И. Эмоции и алкоголизм. Минск: Высшейшая школа, 1987. - 121 с.
9. Марковская Н.С. Депрессивные состояния в клинике алкоголизма // Журн. невропатол. и психиатр. 1991. Т.91. № 4. — С. 86 – 90).
10. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
11. Schuckit M.A., Irwin M., Smith J.L. One-year incidence rate of majordepression in 239 alcoholic men // Addiction. 89 (4): 1994. - P. 441 -445.).
12. Крылов В.И. Атипичные депрессии (клиника, диагностика, терапия)//Рос. психиатр, журн. -1999. -№ 6. - С. 16-19).
13. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. — М.: Мединформагентство, 2001. — 256 с.
14. Царицинский В.И. Использование света повышенной интенсивности в комплексном лечении депрессивных состояний. Метод. рекомендации. - Харьков, 1990. - 20 с.
15. Кирпиченко Ан.А. Концепция качества жизни и ее особенности у женщин с алкогольной зависимостью // Белорусский медицинский журнал. — 2003. - № 1. — С. 51 – 54.
16. Мартынова Е.В. Скрытая депрессия: современные представления // Проблемы современной медицины и фармации: Тез. докл. науч. сессии ин-та.-Витебск., 1998. - С. 50).
17. Гуменюк Л.М. Аналитически ориентированная диагностика тревожно-депрессивных расстройств // Архив психиатрии: Научно-популярный журнал. Т. 10, №2(37), 2004. — С. 252 – 255).
18. Мальченко Т.В., Бузова С.А., Сударенко Н.А. О чувстве юмора при хроническом алкоголизме // Тезисы докладов научно-практ. конф. «Вопросы клинической и социальной психиатрии и наркологии». -Днепропетровск. - 1996. - С.76-77.

Поступила в редакцию 26.05.2004