

УДК: 616.89-008.441.13:616.895.4

*И.Б. Рымарь, А.П. Закревский, И.В. Цыба, Е.В. Медведева, В.В. Рымарь, Е.Г. Закревская***ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА**

Донецкий государственный медицинский университет им. Горького, Областной наркологический диспансер, г. Донецк, Областная психиатрическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: алкогольная зависимость, депрессия

В настоящее время аффективным расстройствам в клинике алкоголизма уделяется значительное внимание [1,3,8,10,12]. Присутствуя в клинической картине в виде разных симптомов и синдромов непсихотического и психотического уровня, они осложняют и утяжеляют психический и соматический статус больных, и требуют своевременной диагностики и лечения [1-3,6,8,10-12]. Наиболее часто в структуре алкогольной зависимости (АЗ) встречаются депрессивные расстройства различной выраженности в сочетании с другими аффективными (тревожными, дисфорическими, апатическими) и сомато-вегетативными расстройствами. Эти нарушения могут встречаться на всех этапах заболевания до 67% случаев у лиц, злоупотребляющих алкоголем [1,3,8,12]. Депрессия часто наблюдается в структуре запойных состояний и абстинентного синдрома, где она синтропирует с дисфорией. Обусловленные депрессией суициды у больных алкоголизмом могут коррелировать и с абстинентным синдромом, и с запойным состоянием, и со светлыми промежутками. Нередки депрессивные расстройства в период формирования и стабилизации ремиссий [1-12]. Кроме того, практика показывает, что часто первые и легкие проявления депрессии при алкоголизме протекают незаметно. Когда больной причиной рецидива называет скуку, то иногда это воспринимается как результат незанятости, безделья, лени и утраты трудовых навыков, а не как снижение энергетического потенциала. В таких случаях скуку можно рассматривать одним из вариантов депрессии. Некоторые авторы причиной рецидива больных алкоголизмом видят состояние анергии, общего психофизического истощения и вследствие этого потребности в стимуляции [12]. Но при этом обычно недостаточно учитывается сопутствующее эмоциональное угасание – депрессия различной степени – от скуки, депремированности и угнетенности, до

осознаваемой тоски. Нарушения в эмоциональной сфере нередко трудно диагностируемы вследствие неадекватной самооценки больными АЗ своего состояния, а также наличия стертых или атипичных расстройств [1,8,10].

Целью данной работы являлась сравнительная оценка депрессивной симптоматики у пациентов с алкогольной зависимостью, сохранивших социальный статус, по данным объективного обследования и субъективной самооценки больных. При проведении нашего исследования отбирались больные, способные к самооценке, имеющие образование не ниже среднего или среднего специального, обладающие достаточным уровнем интеллекта и способностью к самоанализу. Среди 240 обследованных преобладали лица молодого возраста (20-40 лет), средний возраст составил 31,6 года. Из 240 больных среднее образование имели 125 чел. (52,09%), среднее специальное – 50 (20,83%), высшее – 65 чел. (27,08%). Все пациенты работали и занимали должности, свидетельствующие о хороших и удовлетворительных интеллектуальных и деловых качествах. Профессиональное снижение выявлено лишь у 49 больных (в 20,42% случаев).

Диагноз устанавливался на основе динамической классификации, предложенной А.А. Портновым. При этом I стадия алкоголизма установлена у 96 пациентов (40,0% больных), II – у 144 чел (60,0% больных). Длительность АЗ до 5 лет отмечена у 39 обследованных (у 16,25% больных), до 10 лет – у 134 (55,83%), до 15 лет – у 57 чел. (23,75%), свыше 15 лет – у 10 (4,17% случаев).

Задачами настоящей работы определялся и основной метод исследования – клиничко-психопатологический. Наряду с клиническим методом диагностики, мы использовали психологические методики, включающие тест ММП1, шкалу Гамильтона, тест САН и специально разработан-

ный набор карт самооценки. Всем больным был проведен комплекс сомато-неврологического обследования.

Проведенное нами исследование позволяет говорить о том, что у всех больных алкоголизмом имеется депрессивная симптоматика, отличающаяся сложностью структуры, многообразием проявлений, хотя клинически она не всегда яркая и обладает рядом особенностей.

Эта симптоматика достаточно отчетливо отличается от симптоматики, наблюдающейся при рекуррентной депрессии. Больные алкоголизмом чаще внешне шумны, грубы, неуравновешенны или угрюмы, эгоцентричны, назойливы, они в большинстве случаев не могут четко описать и адекватно оценить свое эмоциональное состояние. Что касается оценки своего настроения, то они проявляют ту или иную степень алкогольной анозогнозии. Лишь прицельное исследование эмоциональной сферы позволило выявить у них наличие различной степени выраженности депрессивных проявлений. Нами выявлены следующие варианты депрессивных расстройств: астенический, сомато-вегетативный, дисфорический, тревожный, тревожно-ипохондрический. Такое подразделение отражает преобладание определенной клинической симптоматики в структуре депрессии, но является достаточно условным, так как четко очерченных синдромов мы не наблюдали. Первое, что обращает на себя внимание, это структурная нечеткость депрессивных состояний. Так, при депрессии, соответствующей астеническому типу, могли на несколько дней возникнуть ипохондрические переживания или раздражительность и злоба, что соответствовало депрессии как ипохондрической, так и дисфорической. Во всех случаях отмечалась тревога, не связанная с типом депрессии: тревога могла сосуществовать с дисфорической, астенической симптоматикой и всегда наблюдалась при сомато-вегетативном варианте депрессии. Часто, более чем в половине случаев, наши больные отмечали резкую, а не постепенную, смену симптоматики в течении светового дня, что приводило к усилению тревоги вечером и нарушало сон ночью. Бесспорно, такое синдромологическое непостоянство свидетельствует прежде всего об остроте состояния. Но эта лабильность, смена симптомов сохранялась и в состоянии становления ремиссии.

Наиболее впечатляющим проявлением алкогольной депрессии оказалась своеобразная диссоциация между объективно выраженными расстройствами и субъективной их оценкой. Так,

при наличии депрессивной клинической симптоматики и соответствующих показателей при психологическом тестировании больной утверждал, что эмоциональное самочувствие его вполне удовлетворительное. Нередко также мы видели завышение самооценки настроения и активности при прочих объективных проявлениях депрессии.

Как не отдает себе больной отчет о степени злокачественности, чрезмерности своего пьянства, как неадекватно судит он о своем соматическом состоянии – точно так же не может он правильно оценить и свои эмоциональные переживания. Мы видели, что обязательные для депрессивного синдрома вегетативные сдвиги (симпатико-тонические) не коррелировали с интенсивностью депрессии. Более того, после купирования депрессии вегетативное возбуждение могло сохраняться как самостоятельное проявление алкоголизма. Но для нас важно в этом то, что патогенетическая связь вегетативной и эмоциональной патологии при алкоголизме нарушена, она не столь прочна, как при депрессиях другой нозологии. Эта диссоциация депрессивного синдрома – общее свойство алкогольной депрессии. Она отчетливо проявляется в клинике болезни и не зависит от социально-профессионального, психологического и интеллектуального статуса пациента. Кроме того, у одного и того же больного на отдельных этапах злоупотребления: либо в структуре активной зависимости, либо абстинентного синдрома, либо при состояниях воздержания и становления ремиссии могут возникать неравнозначные депрессивные расстройства (по тяжести, по клинике и по субъективной оценке). Нами отмечено, что больные с первой стадией АЗ чаще пытаются не замечать своей депрессии или приукрашивают свое состояние, считая, что у них все благополучно со стороны психического здоровья. Больные же второй стадией АЗ чаще проявляют ипохондрическую озабоченность своим состоянием с жалобами на тоскливое настроение из-за отсутствия улучшения и с пессимистической самооценкой, что не соответствовало объективной картине депрессивных проявлений.

В нашем исследовании мы также видели, что нет астении без эмоциональных нарушений, и естественным было бы расстройство настроения наших больных объяснить состоянием истощения. Однако даже при наличии причинной связи между истощением и депрессией возможно рассогласование во времени. Например – быстрая медикаментозная ликвидация астении дол-

жна вызвать столь же быстрое изменение депрессии, коль депрессия с астенией связана. Но ликвидация астении не снимала состояние депрессии у наших больных, отсюда мы делаем вывод: алкогольная депрессия патогенетически не связана с состоянием истощения. Купирование астенического синдрома несколько улучшало состояние больных в общем, но это улучшение не отражалось на выраженности и течении депрессивных расстройств у обследованных нами больных, зато купирование депрессии влекло за собой исчезновение астенических проявлений. Нужно отметить, что в ряде случаев нашими больными астенические проявления субъективно были расценены как депрессия.

Таким образом, у обследованных нами больных с первой и второй стадией алкогольной зависимости выявленные депрессивные расстройства являлись обязательным компонентом кли-

нической картины. Характерными особенностями алкогольной депрессии оказались:

- существование диссоциации между объективными проявлениями и субъективной самооценкой больными наличия и выраженности депрессивных состояний;

- наличие тревоги у всех больных, в большинстве случаев ею определялась субъективная оценка тяжести депрессии;

- астения не являлась необходимым звеном в развитии депрессивных расстройств, но ее присутствие в клинике депрессивных состояний субъективно воспринималась больными, как признак депрессии;

- структурная нечеткость и смешанность депрессивной симптоматики, чаще с преобладанием тревожного, астенического, сомато-вегетативного, дисфорического и тревожно-ипохондрического вариантов депрессии.

І.Б. Римар, О.П. Закревський, І.В. Циба, О.В. Медведєва, В.В. Римар, Є.Г. Закревська

ДЕПРЕССИВНИ СТАНИ В КЛІНІЦІ АЛКОГОЛІЗМУ

Донецький державний медичний університет ім. Горького, Обласний наркологічний диспансер, м. Донецьк, Обласна психіатрична лікарня – медико-психологічний центр, м. Донецьк

Досліджено 240 хворих на алкогольну залежність: першої стадії – 96 чол. (40% випадків), другої стадії – 144 людини (60% випадків) та тривалістю захворювання більш 5 років. Усі хворі збережені в соціально-психологічному плані. По результатам об'єктивного клініко-психопатологічного дослідження й суб'єктивної самооцінки хворими свого стану виявлені особливості депресивних проявів у клініці алкоголізму. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 148-150)

I. Rymar, A. Zakrevskiy, I. Tsyba, Medvedeva E., V. Rymar, E. Zakrevskaya

DEPRESSIVE STAGES IN CLINIC OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

Donetsk medical state university by M.Gorky, Regional narkology ambulance, Donetsk, Regional psychiatric hospital – medical - psychological centre, Donetsk

240 patients with alcoholic dependence: of the first stage – 96 persons (40% of cases), the second stage – 144 persons (60% of cases) and duration of disease over five years are surveyed. All patients saved in the social-psychological plan. By results of objective medical- psychopathological inspection and a subjective self-estimation patients of the condition were revealed features of depressive manifestations in clinic of alcoholic dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 148-150)

Литература

1. Влох І.Й. з співавт. Застосування ремерону (міртазапіну) для корекції афективних порушень у хворих на алкоголізм // Український медичний альманах. – 2000. - Том 3, №2. - С. 17-19.
2. Вовин Р.Я. Некоторые аспекты лечения депрессивных расстройств // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. Смулевича А.Б. - М., 1997. - С. 221-226.
3. Гончарова Є.Ю. Тривалі розлади в клініці алкогольної залежності // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т.9, вип.2(27). - С.13-15
4. Жмуров В.А. Психопатология. - М.: Медицинская книга, 2002. - 668с.
5. Крамер Д. Гейне Б. Использование лекарств в психиатрии. - Амстердам-Киев, 1996. - 256с.
6. Логановский К.Н., Юрьев К.Л. Ципрамил: оптимизация лечения депрессии. Доказательная медицина при расстройствах настроения // Український медичний часопис. - 2001. - №2 (22). - С. 53-59.
7. МакГлинн Т.Д., Меткальф Г.Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств. - Пер. с англ. -М., 1989. - 115с.
8. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування) // Методичні рекомендації. – Харків. – 2003. – 20с.
9. Пужинский С. Фармакотерапия депрессивных состояний / / Депрессия и коморбидные расстройства / Под. Ред. Смулевича А.Б. - М.,1997. - С. 200-220.
10. Серебренникова О.А. Особливості змін в актуальному психологічному стані хворих з клінічними проявами гіпоманіакального синдрому в структурі алкогольної хвороби // Український вісник психоневрології. - 1998. - Т.6, вип.2(17). - С.37-38
11. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии. - М.: Медицина. - 2000. - 352с.
12. Schuckit M. Alcohol patients with secondary depression // Am. Journ. Psychiat. – 1983, vol.6. – P.711-714

Поступила в редакцию 16.05.2004