

О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко
**ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВЖИВАННІ АЛКОГОЛЮ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ
 ТА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

А. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко
**Депрессивные расстройства при употреблении алкоголя с вредными последствиями
 и при алкогольной зависимости**

О. К. Napryueynko, N. Yu. Napryueynko
Depressive disorders in alcohol consumption with harmful consequences and alcohol dependence

На ґрунті аналізу результатів динамічного обстежено 65 осіб, які вживають алкоголь із шкідливими наслідками (ВАШН) та мають симптоми депресії, а також 160 пацієнтів із алкогольною залежністю (АЗ) та депресією показано, що зазначені депресивні розлади характеризуються поліетиологічністю (ендоформні, екзоформні та гетероформні), розмаїттям специфічної симптоматики та синдромоутворення, коморбідністю та поліморбідністю, потребують раннього виявлення їх предикторів (психологічних і соціальних) та клінічних проявів, проведення тривалих (не менше ніж 6 місяців) поетапних комплексних персоналізованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, які враховують біологічні, психологічні та соціальні чинники, що складають «хибне коло» при цих патологічних станах. Важливим компонентом профілактики виникнення АЗ є ефективна комплексна допомога особам із ВАШН. Під час реформування системи психіатрично-наркологічної допомоги треба враховувати елементи «соціальної дискримінації» цих хворих.

Ключові слова: вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, алкогольна залежність, депресія

Підвищення ефективності діагностики, лікування, профілактики та медико-соціальної реабілітації хворих з алкогольною залежністю (АЗ), відповідно до діагностичних критеріїв Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) — F10.2, є однією з основних проблем сучасної психіатрії та наркології. Незважаючи на великий арсенал сучасних методів терапії алкоголізму, його поширеність в світі зростає. Від 60 % до 75 % пацієнтів із АЗ впродовж року мають рецидив захворювання [1—3]. Не викликає сумніву той факт, що важливим чинником виникнення та рецидивів АЗ є депресивні розлади (ДР). За походженням ДР при АЗ є поліморфною групою станів, які мають різний клінічний прогноз [4]. Інтегральним фактором серед причин рецидивів алкоголізму є неблагополучна особистісна адаптація пацієнта до тверезого образу життя, що може призводити до проявів невротичної депресії (F43.20; F43.21), а в подальшому й до змішаних розладів емоцій та поведінки (F43.25), які суттєво погіршують ремісію [5].

Одним із можливих предикторів синдрому алкогольної залежності є «вживання алкоголю зі шкідливими наслідками» (ВАШН) — F10.1. Ця рубрика була введена

На основе анализа результатов динамического обследования 65 лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями и имеющих симптомы депрессии, а также 160 пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) и депрессией показано, что указанные депрессивные расстройства характеризуются полиэтиологичностью (эндоформные, экзоформные и гетероформные), разнообразием симптоматики и синдромообразования, коморбидностью и полиморбидностью, требуют раннего выявления их предикторов (психологических и социальных) и клинических проявлений, проведения длительных (не менее 6 месяцев) поэтапных комплексных персонализированных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, которые учитывают биологические, психологические и социальные факторы, составляющие «порочный круг» при данных патологических состояниях. Важным компонентом профилактики формирования АЗ является эффективная комплексная помощь лицам, употребляющим алкоголь с вредными последствиями. При реформировании системы психиатрическо-наркологической помощи следует учитывать элементы «социальной дискриминации» этих больных.

Ключевые слова: употребление алкоголя с вредными последствиями, алкогольная зависимость, депрессия

Based on the analysis of the results of a dynamic survey of 65 alcohol users with harmful consequences (UANC) and having symptoms of depression and 160 patients with alcohol dependence (AD) and depression, it is shown that these depressive disorders are characterized by polyetiologicity (endoform, exoform and heteroform) and diversity of symptoms and syndrome's formation, comorbidity and polymorbidity. These disorders require early detection of their predictors (psychological and social) and clinical manifestations, long-term (no less than 6 months) phased complex personalized treatment, prophylactic and rehabilitation measures which consider the biological, psychological and social factors, composing the "vicious circle" in these pathological conditions. An important component of preventing AD formation is effective care complex for people with UANC. In reforming of the system of psychiatric and narcological aid, should be taken into account the elements of "social discrimination" of these patients.

Key words: alcohol use with harmful consequences, alcohol dependence, depression

у МКХ-10 замість терміну «вживання без залежності», вона має певні критерії, які не відповідають ознакам будь-якого іншого психічного або поведінкового розладу, що пов'язаний із вживанням психоактивних речовин [6]. Доречно нагадати ствердження спеціалістів, що щоденне вживання більше ніж 50 одиниць алкоголю для чоловіків та понад 35 одиниць для жінок є «певно шкідливим».

У поодиноких наукових працях, які розглядають проблему ВАШН [3, 7 та ін.] автори в основному наводять визначення та клінічні критерії вказаної рубрики, проте не розглядають її причинно-наслідковий взаємозв'язок із депресією та практично відсутні дані про особливості прогнозу, діагностики, лікування, профілактики та реабілітації при цьому стані.

Є вичерпна статистична інформація про надзвичайно серйозні негативні наслідки зловживання алкоголем, такі як-от внутрішні захворювання, соціальні негаразди (порушення виробничих і сімейних стосунків), виникнення в хворого суїцидальних тенденцій і дуже значні економічні втрати суспільства [8—10].

Усі ці дані свідчать про актуальність проблеми депресій, асоційованих із ВАШН і АЗ, не тільки стосовно пацієнтів психіатрично-наркологічних клінік, а й соматичних і неврологічних. Слід додати, що окрім наукової роз-

робки вищезазначених теоретичних і клінічних питань аддиктології, з огляду на процес реформування медичної галузі, що наразі відбувається, особлива увага має бути приділена підвищенню рівня відповідної підготовки на додипломному та післядипломному етапах навчання не тільки спеціалістів-наркологів, а й сімейних лікарів, дільничних терапевтів, лікарів-інтерністів, соціологів та інших суміжних фахівців, що працюють як у містах, так і в сільській місцевості.

Метою нашого дослідження стали: вивчення факторів походження, предикторів, клінічної картини та прогнозу при депресіях, асоційованих із вживанням алкоголю та алкогольною залежністю; підвищення ефективності допомоги цим хворим шляхом розроблення і впровадження комплексної системи діагностики, лікування, профілактики та медико-соціальної реабілітації.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (шкали AUDIT, Цунга, депресії Гамільтона, Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, методика К. Леонгарда — Г. Шмішека), загальні клінічні та лабораторні, за показаннями — нейрофізіологічні (електроенцефалографія, магнітно-резонансна томографія головного мозку та внутрішніх органів), призначені лікарями-інтерністами спеціальні соматичні та неврологічні, соціально-демографічний і статистичний.

Обстежено: група 1 — 65 чоловіків, віком від 24 до 53 років (середній вік — $31,5 \pm 12,5$ роки), які вживають алкоголь із шкідливими наслідками, серед цих наслідків є й депресія; група 2 — 160 хворих чоловічої статі, віком від 32 до 56 років (середній вік — $41,5 \pm 16,5$), із залежністю від алкоголю та депресивними розладами.

За отриманими показниками проведено порівняльне оцінювання хворих вказаних груп та їх стану в динаміці.

Походження, деякі предиктори, варіанти виникнення і клінічна картина депресивних розладів. У хворих обох груп виявлене сформоване так зване хибне коло, яке включає виниклі при значній тривалості зловживання спиртним певні взаємозалежні медичні, психологічні та соціальні проблеми. При цьому традиційні форми поведінки в мікрооточенні та/або конфліктні життєві обставини стають мотивом до неконтрольованого вживання спиртних напоїв. В таких випадках можливе або загострення вже наявної ендогенної, цереброорганічної чи психогенної депресії, або вказані конфліктні ситуації є першопричиною виникнення депресивних розладів, які так само мотивують зловживання алкоголем. Хибне коло містить й соматичний складник (спричинені алкогольною інтоксикацією розлади внутрішніх органів і систем), а також порушені міжособистісні стосунки хворого (негативне ставлення до нього з боку значимого соціального оточення), девіантна поведінка (частіше — «стан постійної війни з оточуючими», рідше — делінквентність), сурогатні форми адаптації у вигляді нехімічних аддикцій (гемблінг, трудового лізму, проміскуїтет, псевдодуховні пошуки тощо).

Соціально-демографічний аналіз щодо хворих із АЗ (для усіх зазначених нижче випадків розподіл є статистично значущим). За рівнем отриманої освіти пацієнти розподілилися отак: незакінчена середня освіта була у 21 (13,1 %) обстеженого, середня — у 43 (26,9 %), середня спеціальна — у 52 (32,4 %), незакінчена вища — у 18 (11,3 %), вища — у 26 (16,3 %), що вірогідно вказує на низький рівень освіти, як один із предикторів алкогольної залежності ($p \leq 0,01$; $\chi^2 = 13,277$).

Серед пацієнтів із АЗ і ДР виявлено велику питому вагу осіб із трудовою дезадаптацією. Зокрема, на момент проведення дослідження тимчасово або тривало

не працювали 78 (48,8 %) осіб, 39 (24,3 %) були зайнятими на сезонних роботах, 21 (13,1 %) постійно працювали на невідповідних отриманій освіті роботах низької кваліфікації, серед пацієнтів із середньою спеціальною, з 96 (60,0 %) осіб із незакінченою вищою та вищою освітою лише 22 (13,8 %) працювали за фахом. Отже, трудова дезадаптація є достовірно виявленим предиктором АЗ і ДР ($p \leq 0,01$; $\chi^2 = 11,345$).

Вивчення сімейного статусу показало: одружених було 75 (46,8 %) осіб, з них 38 (24,0 %) були у повторному шлюбі, розлучених — 54 (33,8 %), самотніх — 31 (19,4 %) ($p \leq 0,01$; $\chi^2 = 9,21$). Це вказує на доцільність більш поглибленого вивчення причинно-наслідкових зв'язків особливостей сімейних стосунків і варіантів взаємозалежності депресія — алкогольна залежність. При цьому варто зазначити, що сімейний стан має деякий можливий зв'язок із алкоголізацією, проте, можна припустити, що в поле зору лікарів частіше потрапляли саме одружені пацієнти із АЗ, за ініціативою рідних, тоді як розлучені та самотні хворі зверталися по медичну допомогу значно рідше.

Депресивні розлади при АЗ за їх походженням ми поділили на три такі групи.

Ендоморфні — у 18 (11,3 %) обстежених. В них частіше було діагностовано такі клінічні варіанти ДР: простий — у 7 (4,4 %) та тривожно-депресивний — у 6 (3,8 %) пацієнтів. Рідше виявлялися складні синдроми: депресивно-обсесивний — в 3 (1,9 %) та депресивно-деперсоналізаційний — у 2 (1,6 %) хворих.

Екзоморфні — у 36 (22,4 %) осіб. Вони зумовлені як безпосереднім токсичним впливом етанолу на нервову тканину, так і дизметаболічними механізмами внаслідок соматичної патології, що її спричинила хронічна алкогольна інтоксикація. При цьому спостерігалися клінічні ознаки варіантів психоорганічного (енцефалопатичного) синдрому, частіше із астено-динамічною — в 15 (9,3 %), дисфоричною — у 14 (8,8 %) та апатичною — 7 (4,3 %) хворих симптоматикою.

Гетероморфні — у 106 (66,3 %) хворих, в яких депресія розвивалася на тлі токсичної енцефалопатії та під впливом реактивно-невротичних механізмів. Їй були притаманні найбільший, порівняно з попередніми групами, клінічні поліморфізм та атипія. Варіанти таких ДР: депресивно-іпохондричний — у 68 (42,5 %), тривожно-депресивний — у 20 (12,5 %) та астено-депресивний — у 18 (11,3 %) з цих пацієнтів.

При ВАШН з депресивними розладами ми діагностували схожі основні клінічні варіанти. Проте встановлені відмінності частоти їх виявлення: тривожно-депресивний — у 32 (49,2 %) з цих пацієнтів, дисфоричний — у 10 (15,4 %), астеничний — у 8 (12,3 %), іпохондричний — у 7 (10,8 %), простий — у 6 (9,2 %) і апатичний — у 2 (3,1 %) таких хворих. 46 (79,3 %) з них досі не лікувалися ні з приводу зловживання алкоголем, ні від депресії. В інших 9 (20,7 %) спостерігалася терапевтична резистентність, зумовлена, на нашу думку, відсутністю комплексного підходу до лікування, спрямованого на усунення всіх компонентів означеного вище «хибного кола».

Наведене вказує на те, що неефективність терапії або відсутність лікування за збереження патогенних впливів з великою вірогідністю може ВАШН трансформувати в синдром алкогольної залежності. Отже пацієнтам із ВАШН треба проводити профілактику тяжких форм наркологічних захворювань із депресивними розладами. Цю думку підтверджує динаміка показників використаних психодіагностичних тестів.

Лікування, профілактика та медико-соціальна реабілітація. Задля підвищення ефективності лікування, профілактики та медико-соціальної реабілітації хворих із ДР при ВАШН і АЗ нами розроблено та використано комплекс заходів, які побудовані за такими принципами: раннє виявлення як зловживання алкоголем, так і депресії; чітка диференціація варіантів психопатології з урахуванням її біологічних, психопатологічних, особистісних і міжособистісних складників; тривале (не менше ніж 6 місяців) поетапне курсове лікування (1-й етап — купірування поточної депресії та потягу до алкоголю, 2-й — стабілізуюча терапія з корекцією особистісних та когнітивних розладів, 3-й — протирецидивне лікування, спрямоване на усунення чинників ризику повернення цієї патології).

Треба зважати на те, що пацієнтам із ендоморфним ДР та особливо їх близьким притаманне ігнорування наявного афективного розладу та пояснення емоційних особливостей систематичним пияцтвом і конфліктними ситуаціями, що виникають внаслідок цього. Це зумовило використання як психофармакотерапії (тимостабілізатори, селективні антидепресанти), так і раціональної та сімейної психотерапії вже на перших етапах комплексного лікування. Натомість при екзоморфних ДР психотерапія показала себе менш ефективною, винятком є спеціальні протиалкогольні психотерапевтичні методики, які успішно використовували. Але на перший план виходила тривала медикаментозна терапія, тобто призначення селективних антидепресантів, тимостабілізаторів, малих нейрелептиків, ноотропів, судинних препаратів та гепатопротекторів, відповідно до державних стандартів.

Лікування гетероморфних депресій включало таку саму фармакотерапію, індивідуальну раціональну та сімейну психотерапію, а також позитивну активуючу психотерапію, спрямовану на вироблення адекватного паттерну поведінки у разі дії дезадаптуючих чинників.

В процесі проведення раціональної та сімейної психотерапії пацієнтам пояснювали взаємозв'язок зловживання алкоголем, розладів настрою та сомато-неврологічної патології, потребу довготривалої підтримувальної та протирецидивної терапії. При цьому було корисно ознайомлювати хворих із показниками їх загальноклінічного, лабораторного та інструментальних динамічних обстежень, які трактували як доказ руйнівного впливу алкоголю на організм та позитивних змін при відмові від нього. На ефективність профілактики ДР та медико-соціальної реабілітації цих пацієнтів негативно впливало нерозуміння хворими та їхніми рідними наявних афективних розладів, оскільки останні «маскувалися» систематичним пияцтвом або «ховалися» за проявами соматичних і цереброорганічних наслідків хронічної алкогольної інтоксикації. Ці та інші вищезазначені психологічні особливості ми розглядали як мішені психотерапевтичного впливу та психоосвітньої роботи. Недосконалість сучасної системи психіатрично-наркологічної допомоги також негативно впливає на результаті лікувально-профілактичної та реабілітаційної роботи з цим контингентом хворих. Ідеться про те, що серед таких пацієнтів поширений страх виникнення професійних та інших обмежень у зв'язку зі зверненням до психіатра-нарколога. Цей момент має бути врахований під час планування напрямків реформування медичної галузі.

Депресивні розлади при ВАШН і АЗ характеризуються поліетіологічністю, розмаїттям специфічної симптомати-

ки та синдромуутворення, коморбідністю та поліморбідністю, потребують раннього виявлення їх предикторів і клінічних проявів, проведення тривалих поетапних, комплексних, персоніфікованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, які враховують біологічні, психологічні та соціальні чинники, що складають «хибне коло» при цих патологічних станах. Важливим компонентом профілактики виникнення АЗ є ефективна комплексна допомога особам із ВАШН. Під час реформування системи психіатрично-наркологічної допомоги треба враховувати елементи «соціальної дискримінації» цих хворих.

Список літератури

1. Сайков Д. В., Сосин И. К. Алкогольная депрессия (монография). Харьков : Коллегиум, 2004. 336 с.
2. Напрєєнко О. К., Животовська Л. В., Петрина Н. Ю., Рахман Л. В. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами / за ред. О. К. Напрєєнка. Київ : Здоров'я, 2011. 208 с.
3. Гапонов К. Д. Система лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з алкогольною залежністю та її ефективність // Журнал психіатрії та медичної психології. 2012. № 1 (28). С. 70 — 80.
4. Нециркулярні депресії : монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропаєтов ; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. Київ : Софія-А, 2013. С. 218—270.
5. Постнов В. В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии : автореф. дис. ... канд. мед. наук ; спец. 14.00.18 Психиатрия / Постнов, Виктор Викторович. Оренбург, 2003. 33 с.
1. б. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб. : «Адис», 1994. С. 75—76.
7. Adverse physical effects of alcohol misuse / [G. A. Barclay, J. Barbour, S. Stewart et al.] // Psychiatric Treatment. 2008; 14: 139—151.
8. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленного злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Вып. № 2, т. 21. С. 33—36.
9. Ласый У. В., Новодворская М. В., Евсегнеев Р. А. Анализ предсмертных записок и протоколов расследования по факту суицида: связь факта употребления алкоголя и анамнеза злоупотребления алкоголем с триггерами и мотивами суицида // Там же. 2012. Вып. № 2, т. 22. С. 57—62.
10. Лебедева-Несевря Н. А., Кирьянов Д. А. Самоубийства и злоупотребление алкоголем: анализ взаимосвязи на материалах исследования в Пермском крае // Вестник Пермского университета. 2012. Вып. № 4 (12). С. 108—110.

Надійшла до редакції 11.04.2017 р.

НАПРЄЄНКО Олександр Костянтинович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net

НАПРЄЄНКО Наталія Юрївна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net

NAPRYEYENKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor; Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: napr_center@bigmir.net

NAPRYEYENKO Nataliia, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: napr_center@bigmir.net