

І. О. Шараневич

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ДИНАМІКА РІВНЯ РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ І ДЕПРЕСІЇ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В ПЕРІОД ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМІСІЇ

Роль афективних розладів у клініці алкогольної залежності досить ретельно вивчена вітчизняними та закордонними фахівцями [1—5]. Так, показано, що залежно від методів діагностики, частота сполучення залежності і афективних розладів складає від 3 до 98 %, якщо використовуються тільки ознаки «великої депресії», частота коливається від 3 до 30 %, а якщо ознаки «малої депресії», то від 30 до 98 % [6—16]. Афективні розлади спостерігаються на всіх етапах формування та перебігу алкогольної залежності: в період передхвороби, в структурі патологічного розвитку особистості, в структурі патологічного потягу до алкоголю, перед прийомом алкоголю, в період його прийому, в стані відміни, в післяабстинентному періоді, на етапах ремісії [6, 16].

Встановлені і взаємовпливи та взаємодія залежності та афективних розладів [6, 16]. Так, показано, що афективні розлади можуть сприяти розвитку залежності, а сама залежність супроводжується афективними розладами, як в структурі патологічного потягу до алкоголю, так і серед основних ознак синдрому відміни алкоголю афективні розлади займають провідне місце. Наявність афективних розладів у період формування терапевтичної ремісії та на більш віддалених етапах є фактором ризику зриву ремісії та рецидиву алкоголізації [15—19]. Афективні розлади можуть існувати самостійно ще в період до розвитку залежності. І, на рещті, з часом досить нелегко визначити, який розлад первинний, а який — вторинний.

Не так вже давно отримані дані про певну єдність патогенетичних основ афективних розладів та залежності, яка визначається порушенням обміну нейромедіаторів — серотоніну, норадреналіну, дофаміну та ін. [12—17]. З цих позицій, визначеність первинної чи вторинної ланки певною мірою втрачає актуальність. До того ж, встановлено, що антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну мають антикрівинговий ефект, тобто пригнічують патологічний потяг до алкоголю [9, 10, 12, 24—27].

Метою роботи було встановлення ролі тривожних та депресивних розладів у формуванні терапевтичної ремісії в осіб, які залежать від алкоголю, після лікування пролонгом дисульфіраму — тетлонгом-250.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна (ШРОТ) [28], шкала депресії DEPS [29], катамнестичний, статистичний.

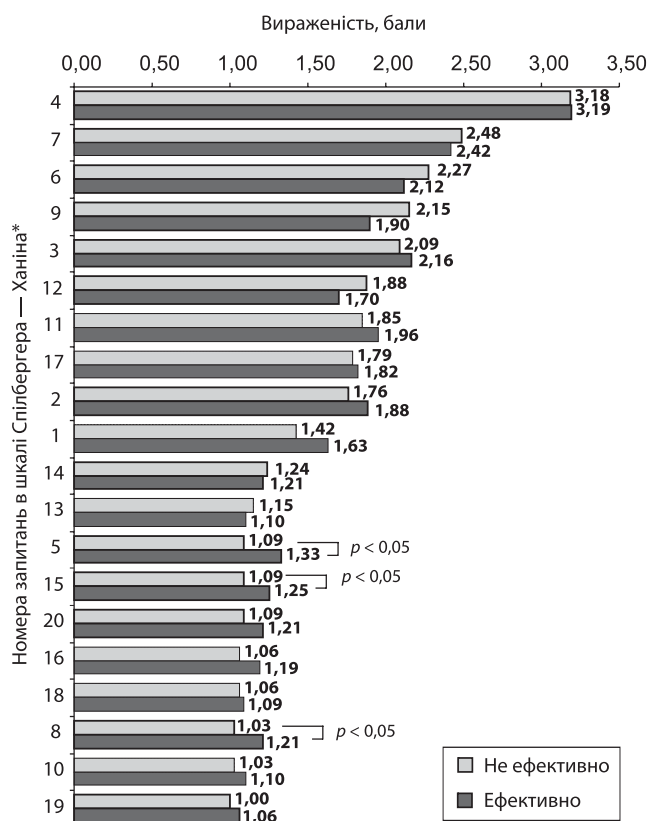
Для реалізації поставленої мети в динаміці обстежено та проліковано 100 чоловіків з діагнозом синдром залежності від алкоголю. Основна симптоматика залежності, згідно з МКХ-10, включала наявність у пацієнтів патологічного потягу до алкоголю з втратою кількісного контролю, прояви синдрому відміни, високу толерантність, анозогнозію та втрату альтернативних інтересів. Лікування проводилось в амбулаторних умовах відповідно до «Нормативів надання медичної допомоги

дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «наркологія» (Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р.). За згодою пацієнта проводилось сенсibiliзуюче лікування пролонгом дисульфіраму — тетлонгом-250 [20—22].

За результатами катамнестичного спостереження протягом 6 місяців (за МКХ-10 це строк досягнення повної ремісії) пацієнти були поділені на дві групи. Першу склали 67 осіб, які після 6 місяців спостереження продовжували перебувати в стані терапевтичної ремісії. У другу групу увійшли 33 пацієнти, у яких мало місце поновлення алкоголізації та рецидив. Пацієнти обох груп не відрізнялись ні за віком (середній вік пацієнтів першої групи склав $40,97 \pm 0,99$ років проти $40,00 \pm 1,40$ років у другій, $t = -0,56$, $p > 0,05$), ні за давністю залежності ($8,64 \pm 0,26$ років проти $9,82 \pm 0,67$, $t = 1,78$, $p > 0,05$). У той же час у пацієнтів першої групи достовірно рідше спостерігалась обтяжена алкоголізмом спадковість ($0,87 \pm 0,12$ проти $1,48 \pm 0,15$, $t = 3,2$, $p < 0,01$).

Вивчення проявів реактивної тривоги до початку лікування в обстежених обох груп показало ідентичність проявів ($p > 0,05$) за такими складовими цього стану, як оцінка свого спокою (запитання ШРОТ № 1), відсутність чи наявність загрози (запит. № 2), перебування у стані напруги (запит. № 3), відчуття жалості (запит. № 4), засмученість (запит. № 6), переживання з приводу імовірних невдач (запит. № 7), стривоженість (запит. № 9), наявність внутрішнього задоволення чи незадоволення (запит. № 10), впевненість у собі (запит. № 11), нервовість (запит. № 12), «не знаходжу собі місця» (запит. № 13), накручення себе (запит. № 14), відчуття задоволеності (запит. № 16), стурбованості (запит. № 17), надмірна збудженість, стан «не по собі» (запит. № 18), «мені радісно» (запит. № 19), «мені приємно» (запит. № 20) (рис. 1). У той же час достовірні відмінності ($p < 0,05$) в оцінці складових реактивної тривоги стосувалися відчуття «себе вільним» (запит. № 5), «відпочивши» (запит. № 8), не відчуваючи напруги та скованості (запит. № 15).

Відносно оцінки рівня особистісної тривожності, то розбіжності серед пацієнтів обох груп ($p < 0,05$) мали більш виражений характер і це стосувалося насамперед таких характеристик особистості як: відчуття задоволення (запит. № 21), швидкості появи втоми (запит. № 22), плаксивості (запит. № 23), бажання бути щасливим, як інші (запит. № 24), звичайне відчуття бадьорості (запит. № 26), холоднокровність та зібраність (запит. № 27), тривожність з приводу очікуваних труднощів (запит. № 28), надмірні переживання з приводу пустощів (запит. № 29), відчуття щастя (запит. № 30), перебування у стані безпеки (запит. № 33), задоволення (запит. № 36), врівноваженість (запит. № 39), сильний неспокій при думках про діла та турботи (запит. № 40) (рис. 2). У той же час ряд характеристик особистості не мав розбіжностей ($p > 0,05$),



Умовні позначення: * — зміст запитань шкали Спілберґера — Ханіна подано у тексті.

Рис. 1. Рівень реактивної тривоги на момент початку терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

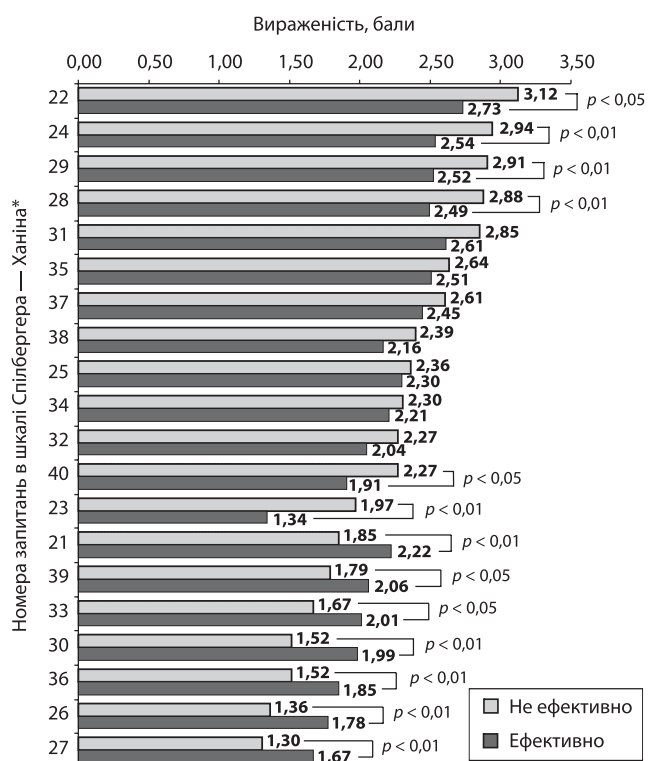
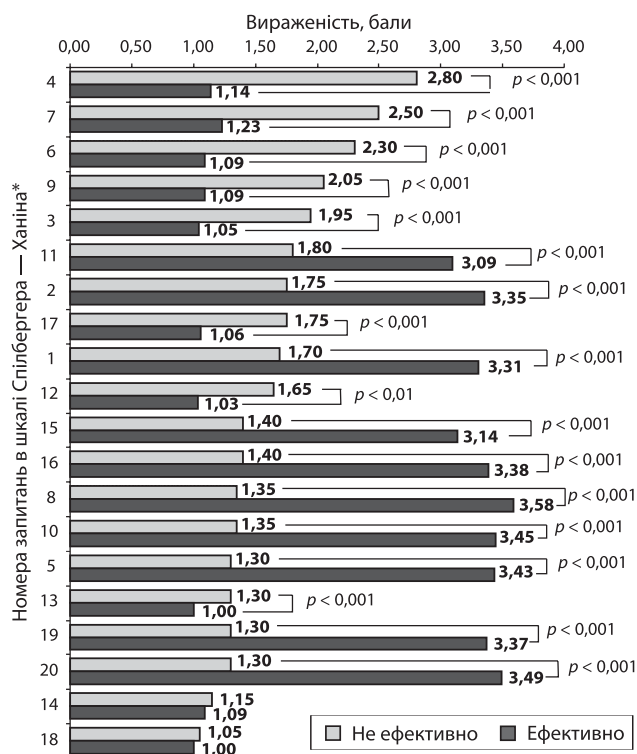


Рис. 2. Рівень особистісної тривожності на момент початку терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

незалежно від того — чи перебували обстежені в стані ремісії, чи поновили алкоголізацію. Це стосується недостатньої швидкості прийняття потрібних рішень (запит. № 25), прийняття всього дуже близько до серця (запит. № 31), нехватка впевненості у собі (запит. № 32), ухилення від труднощів та критичних ситуацій (запит. № 34), хандра (запит. № 35), «всякі пустощі відволікають та хвилюють» (запит. № 37), сильні переживання з приводу розчарувань (запит. № 38). Тобто, саме ці характеристики можна вважати притаманними особам, які залежать від алкоголю, та стабільними незалежно від вживання чи невживання алкоголю.

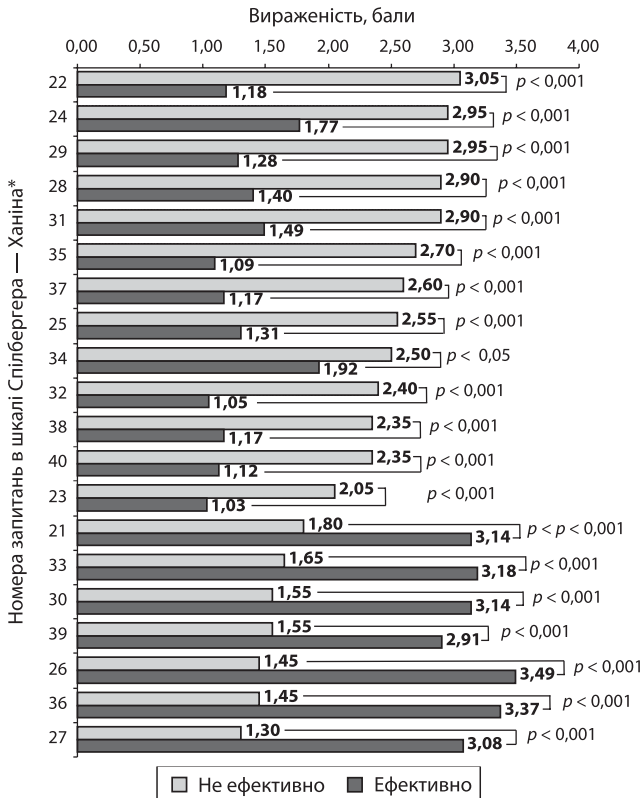
Вивчення рівня реактивної тривоги у пацієнтів обох груп після проведеного лікування показало, що за 18 з 20 запитань розбіжності мають достовірний характер, окрім накручення себе (запит. № 14) та надмірної збудженості, стану «не по собі» (запит. № 18) (рис. 3). Що стосується рівня особистісної тривожності після проведеного лікування, то достовірні розбіжності стосуються всіх складових цього стану відповідно до методики ШРОТ (рис. 4).



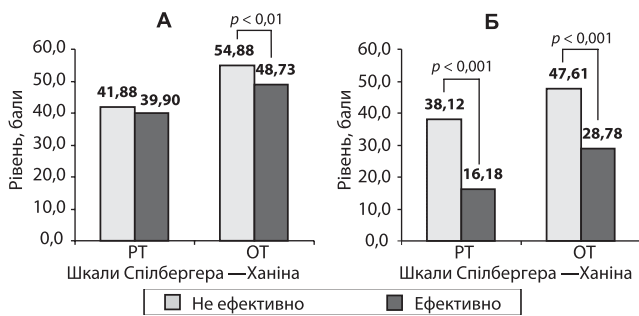
Умовні позначення: * — зміст запитань шкали Спілберґера — Ханіна подано у тексті.

Рис. 3. Рівень реактивної тривоги на момент завершення терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

Якщо оцінювати загальний рівень реактивної тривоги до початку лікування, то він дорівнював 41,88 балів в групі пацієнтів, де лікування було неефективним, проти 39,9 балів в групі з наступним ефективним лікуванням ($p > 0,05$). Більш інформативним виявився показник реактивної тривоги після лікування, а саме він достовірно знизився в групі з позитивним результатом до 16,18 балів, проти 38,12 балів в групі з негативним результатом лікування ($p < 0,05$) (рис. 5).



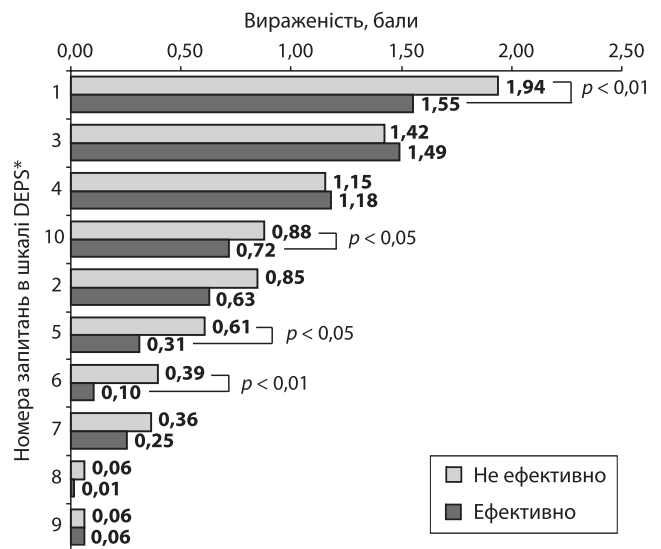
Умовні позначення: * — зміст запитань шкали Спілбергера — Ханіна подано у тексті.
Рис. 4. Рівень особистісної тривожності на момент завершення терапії



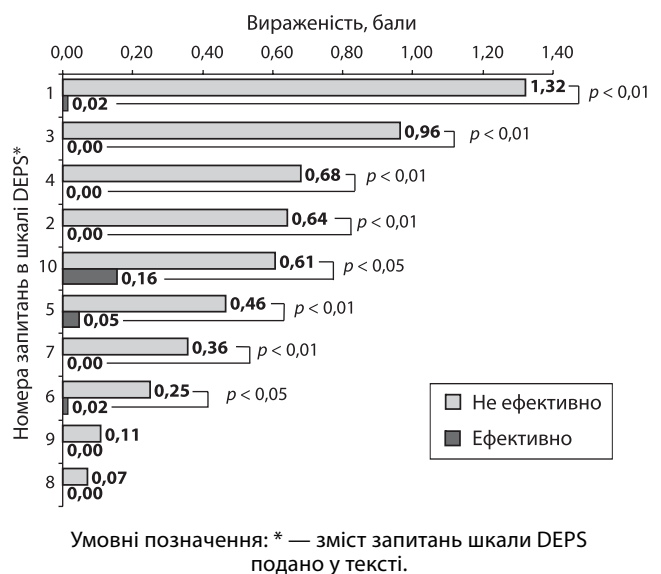
Умовні позначення: РТ — реактивна тривога за шкалою Спілбергера — Ханіна; ОТ — особистісна тривожність за шкалою Спілбергера — Ханіна.
Рис. 5. Рівень реактивної тривоги та особистісної тривожності на момент початку (А) та на момент завершення терапії (Б) у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

Оцінка загального рівня особистісної тривожності показала достовірні розбіжності поміж групами пацієнтів, як до лікування (54,88 балів в групі з негативним результатом проти 48,73 балів в групі з позитивним результатом, $p < 0,01$, так і після нього — 47,61 балів проти 28,78 балів, $p < 0,001$). Тобто позитивну динаміку рівня реактивної тривоги протягом лікування та низький рівень особистісної тривожності імовірно використовувати у якості динамічних факторів прогнозу ефективності протиалкогольного лікування з використанням пролонгу дисульфіраму — тетлонгу-250.

Вивчення рівня депресії за шкалою DEPS показало (рис. 6), що до лікування були відсутні ознаки депресії, а достовірні розбіжності поміж пацієнтами обох груп стосувались стану неспанння (запит. № 1 DEPS), пригніченості, навіть з сім'єю та друзями (запит. № 10), почуття самотності (запит. № 5) та сприйняття майбутнього безнадійним (запит. № 6), що очевидно хоча і не досягає ознак депресії, проте створює не досить сприятливу емоційну ситуацію. Після ж проведеного лікування прояви також не досягали рівня депресії, а достовірні розбіжності відмічались лише за відсутністю сенсу життя (запит. № 8) та відчуття, що все радісне зникло з життя (запит. № 9) за рахунок пацієнтів, які поновили алкоголізацію (рис. 7).



Умовні позначення: * — зміст запитань шкали DEPS подано у тексті.
Рис. 6. Показники депресії за шкалою DEPS на момент початку терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним



Умовні позначення: * — зміст запитань шкали DEPS подано у тексті.
Рис. 7. Показники депресії за шкалою DEPS на момент завершення терапії у хворих, у яких лікування було ефективним, і хворих, у яких лікування було неефективним

Таким чином, досягнення повної терапевтичної ремісії у осіб з алкогольною залежністю, які пройшли сенситивізує лікування пролонгом дисульфіраму — тетлонгом-250 можливо за рахунок достатнього комплайенсу та відсутності, або своєчасній корекції реактивної тривоги та субдепресії. Встановлені складові ознак особистісної тривожності, які притаманні особам, залежним від алкоголю. Показано, що висока особистісна тривожність є фактором ризику виникнення високого рівня реактивної тривоги та поновлення алкоголізації, зриву ремісії та рецидиву алкогольної залежності, що в свою чергу сприяє зростанню субдепресивних проявів, а зростання рівня субдепресії також сприяє зриву ремісії та рецидиву алкогольної залежності. Тобто, підтримуюча протирецидивна терапія повинна бути максимально індивідуалізованою з урахуванням факторів ризику рецидиву з можливістю їх корекції.

Список літератури

1. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера / Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — К.: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
3. Мухин А. А. Лечение алкоголизма: возможности применения новых психотропных препаратов — Ципрамила и Флюанксолола (обзор литературы). В сб.: Современные методы лечения депрессии и психозов. Симпозиум Лундбек, 21—22 сент. 2000. — Киев, 2000. — С. 21—24.
4. Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 435 с.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 672 с.
6. Ван дер Берг К., Бувальда В. Учебное пособие по наркологии / Пер. с англ.; Под ред. В. Б. Поздняка. — Мн.: Интертракт, 1977. — 124 с.
7. Журавлев А. Ю. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Новости медицины и фармации. — Авг. 2001, № 15—16 (95—96).
8. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. Наркология (Монография). — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
9. Никитин Ю. И., Демидов А. Ю., Гасан-Заде Н. Ю. и соавт. Применение антидепрессантов при лечении больных алкоголизмом // Врачебное дело. — 1987, № 2. — С. 105—107.
10. Влох І. Й., Животовська Л. В., Петрина Н. Ю. та співавт. Застосування препаратів Фінлепсин і Лерівон у комплексній терапії хворих з алкогольними депресіями // Архів психіатрії. — № 1—2 (24—25), 2001. — С. 49—52.
11. Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс, С. Е. Хайман (ред.) Наркология / Пер. с англ. — М.: Бином; СПб.: Невский Диалект, 1998 — 318 с.
12. Бохан Н. А. Психофармакотерапия аффективных нарушений у больных алкоголизмом препаратом Золофт // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — № 4(6). — 1997.
13. Иванец Н. Н., Кинкулькина М. А. Лечение алкогольной зависимости // Новости медицины и фармации. — Авг. 2001, № 15—16 (95—96).
14. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия в наркологии / Под ред. Н. М. Жарикова. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.
15. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Эксмо, 2004. — 736 с.
16. Минко А. И., Линский И. В. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ // Международный медицинский журнал. — Т. 9, № 3. — С. 28—30.
17. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма (пособие для врачей). — Киев: изд-во УВМА, 2000. — 46 с.
18. Сайков Д. В., Сосин И. К. Алкогольная депрессия: Монография. — Харьков: Коллегиум, 2004. — 336 с.
19. Чуприков А. П., Педак А. А. Клиническая наркология. — Киев; Николаев, 2006. — 362 с.
20. Патент Украины № 5533 от 28.12.94. «Способ получения инъекционной формы дисульфирама».
21. Собетов Б. Г., Фільц О. О., Лінський І. В. та співавт. Протирецидивна терапія алкогольної залежності ін'єкційним пролонгом дисульфіраму «Тетлонг-250» (Методичні рекомендації). — К., 2006. — 24 с.
22. Шараневич И. А. Лечение алкогольной зависимости аверсивными препаратами. В сб.: Довженківські читання: Сучасний погляд на лікування станів залежності та патології потягів. Матер. 8-ї Укр. наук.-практ. конф. — Х., 2007. — С. 228—234.
23. Naranjo C. A., Bremner K. E., Lanctot K. L. Effects of citalopram and a brief psychosocial intervention on alcohol intake, dependence and problems // Addiction. — 1995 Jan. — P. 87—9.
24. Balldin J., Berggren U., Engel J., Eriksson. M Hard E. Effect of citalopram on alcohol intake in heavy drinkers // Alcohol Clin. Exp. Res. — 1994 Oct. — P. 1133—6.
25. Naranjo C. A., Poulos C. X., Bremner K. E., Lanctot K. L. Citalopram decreases desirability, liking, and consumption of alcohol in alcohol-dependent drinkers // Clin. Pharmacol Ther. — 1992. Jun. — P. 729—39.
26. Moore N., Libert C. Acamprostate, citalopram and alcoholism (letter) — comment AFO // Lancet. — 1991, May. — P. 1228.
27. Linsky I. V., Minko A. I., L. M. Markozova, Samoylova E. S. The antidepressants in treatment of opiomania // XII-th World Congress of Psychiatry. Poster session. Abstract: PO-2-11 Yokohama, Japan. — August 24—29. — 2002.
28. Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. — Т. 1. — 312 с.
29. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.

Надійшла до редакції 08.07.2008 р.

И. А. Шараневич

Динамика уровня реактивной и личностной тревожности и депрессии у лиц с алкогольной зависимостью в период формирования терапевтической ремиссии

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Пролечено и обследовано в динамике 100 лиц с синдромом зависимости от алкоголя. Все пациенты получали сенситивизирующее лечение пролонгом дисульфирама — тетлонгом-250. По результатам 6-месячного катamnестического наблюдения все обследованные разделены на две группы — те, кто достиг полной терапевтической ремиссии ($n = 67$) и тех, у кого отмечался рецидив ($n = 33$). Показана прогностическая роль уровня личностной тревожности и динамики реактивной тревоги, а также субдепрессии в возникновении рецидива алкогольной зависимости.

I. A. Sharanevych

Dynamics of level of reactive and personal anxiety and depression in persons with alcohol dependence in the period of forming of therapeutic remission

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

100 persons with alcohol dependence were examined in dynamics. All patients were treated with long-acting form of disulfiram — tetlong-250. In results of 6-months catamnestic observation all patients were divided on two groups — those, who achieved complete therapeutic remission ($n = 67$) and those, who drop into the relapse ($n = 33$). The prognostic role of the level of personal anxiety, dynamics of reactive anxiety and subdepression in formation of alcohol dependence's relapse is shown.