УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

Н. Ю. Напрєєнко

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСІЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЦЕРЕБРООРГАНІЧНИХ РОЗЛАДАХ

Н. Ю. Напреенко

Сравнительная характеристика депрессий при алкогольной зависимости и цереброорганических расстройствах

N. Yu. Napryeyenko

Comparative characteristic of depression in alcohol dependence and cerebral organic disorders

На підставі аналізу даних літератури та результатів власних досліджень виявлено такі відмінності клініки депресивних розладів при алкогольній залежності порівняно з цереброорганічними депресіями: переважання емотивних, демонстративних і збудливих рис характеру, некритичне сприйняття власного емоційного стану, велика питома вага психогенно зумовлених депресій, що можна пояснити поглибленням в процесі алкоголізації преморбідних тенденцій особистості до гіпотимного реагування на різноманітні несприятливі чинники під впливом соматичних і соціальних ускладнень залежності, а також формуванням цереброорганічних наслідків алкоголізації. Клінічна картина таких афективних розладів характеризується відсутністю відображення в переживаннях пацієнтів актуальної психічної травми, малою виразністю почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих або пов'язувати їх виникнення лише із зовнішніми обставинами. Для депресій при алкогольній залежності характерні наявність психопатоподібних реакцій значної інтенсивності та тривалості, які за характером та силою проявів не відповідають наявній провокуючій ситуації, схильність до аггравації свого стану, невідповідність між значною виразністю іпохондричних та астенічних проявів, з одного боку, та помірною вираженістю наявних соматичних та цереброорганічних порушень, з другого боку. Ці диференціальні клінічні відмінності, а також певні патопсихологічні і нейрофізіологічні особливості дозволяють оптимізовувати терапевтичну тактику, програми медико-соціальної реабілітації та психопрофілактики зазначених вище депресій шляхом диференційованої корекції біологічних, клініко-психопатологічних та міжособистісних аспектів даної недуги із врахуванням механізмів її розвитку.

Ключові слова: депресії, алкогольна залежність, органічне ураження головного мозку, диференціальна діагностика, перспективи оптимізації допомоги

На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований выявлены следующие отличия клиники депрессивных расстройств при алкогольной зависимости в сравнении с цереброорганическими депрессиями: преобладание эмотивных, демонстративных и возбудимых черт характера, некритичное восприятие собственного эмоционального состояния, большой удельный вес психогенно обусловленных депрессий, что возможно объяснить углублением в процессе алкоголизации преморбидных тенденций личности к гипотимному реагированию на разнообразные неблагоприятные факторы под воздействием соматических и социальных осложнений зависимости, а также формированием цереброорганических последствий алкоголизации. Клиническая картина таких аффективных расстройств характеризуется отсутствием отражения в переживаниях пациентов актуальной психической травмы, малой выраженностью ощущения вины со стремлением обвинять в своих проблемах окружающих или связывать их возникновение только с внешними обстоятельствами. Для депрессий при алкогольной зависимости характерны наличие психопатоподобных реакций значительной интенсивности и длительности, которые по характеру и силе проявлений не соответствуют имеющейся провоцирующей ситуации, склонность к аггравации своего состояния, несоответствие между значительной выраженностью ипохондрических и астенических проявлений, с одной стороны, и умеренной интенсивностью имеющихся соматических и цереброорганических нарушений, с другой стороны. Эти дифференциальные клинические отличия, а также определенные патопсихологические нейрофизиологические особенности позволяют оптимизировать терапевтическую тактику, программы медико-социальной реабилитации и психопрофилактики путем дифференцированной коррекции биологических, клинико-психопатологических и межличностных аспектов данного страдания с учетом механизмов его развития.

Ключевые слова: депрессии, алкогольная зависимость, органическое поражение головного мезга, дифференциальная диагностика, перспективы оптимизации помощи

Based on the analysis of literature data and the results of our research the following differences clinic depressive disorders in alcohol dependence compared with cerebral organic depression were detected: prevalence of emotive, excitable and demonstrative traits of character; uncritical perception of their own emotional state, large proportion of psychogenic depression conditionality that may explain the deepening of alcohol abuse in the premorbid personality tendencies to hypothymic reaction to a variety of adverse factors under the influence of physical and social complications depending as well as the formation of the cerebral organic consequences of alcohol abuse. The clinical picture of affective disorders characterized by lack of reflection in the actual traumatic experiences of patients, the severity of the small base for depression feelings of guilt with the aspiration to accuse of their key problems surrounding their appearance or bind only with external circumstances. For depression in alcohol dependence is characterized by the presence of psychopathic reactions of considerable intensity and duration that in character and strength of the manifestations do not correspond to existing provoking situations propensity to aggravation their condition a significant discrepancy between the severity of hypochondria and asthenic manifestations, on the one hand, and of moderate intensity physical and available cerebral organic violations, on the other hand. These clinical differenties, and certain pathopsychological neurophysiological features allow to optimize the therapeutic tactics, programs of medical and social rehabilitation and psychoprophylaxis differentiated by correcting the biological, clinical psychopathologic and interpersonal aspects of suffering with the mechanisms of its development.

Keywords: depression, alcohol dependence, cerebral organic disorders, differential diagnosis, the prospects for optimizing care

Проблема депресивних розладів (ДР) при алкогольній залежності (АЗ) на сьогоднішній день залишається актуальною як в теоретичному, так і в практичному значенні [1—4]. Наявність коморбідної афективної патології ускладнює надання медичної допомоги пацієнтам із алкоголізмом. Слід зазначити, що і у випадках так званих «первинних» ДР і при депресіях «вторинних» чи змішаних за походженням алкоголізація часто зумовлюється

© Напрєєнко Н. Ю., 2015

мотивами подолання труднощів в адаптації, конфліктів з оточуючими, прагненням втекти від неприємностей, збільшити працездатність, поліпшити настрій та загальне самопочуття, зменшити відчуття самотності, неповноцінності, втоми, що спричиняють стан психічного дискомфорту, який тимчасово нівелюється дією алкоголю [3, 5, 6]. ДР при АЗ є поліморфною групою станів як за походженням, так і за клінічними особливостями, серед них відмічається значна кількість випадків із змішаною клінічною картиною та різним ступенем виразності, що значно ускладнює виокремлення відповідних синдромів та їх чітку диференціацію [7—12]. Через це ДР не завжди діагностуються та, відповідно, не корегуються, що великою мірою зумовлює зниження тривалості та якості ремісії [1, 4, 13—15].

На підставі цих поглядів залишається актуальним вивчення біологічних та соціально-психологічних механізмів формування ДР при АЗ, розроблення критеріїв діагностики, алгоритму медико-соціальної реабілітації та програми психопрофілактики даної патології.

Метою дослідження був порівняльний аналіз депресій при алкогольній залежності та депресій цереброорганічного походження для встановлення патопсихологічних та клініко-психопатологічних особливостей формування цих станів і аргументації підходів до оптимізації диференційованих лікувально-профілактичних заходів і медико-соціальної реабілітації.

Для реалізації поставленої мети використовували психодіагностичні, клініко-психопатологічні, нейрофізіологічні та статистичні методи. Порушення, пов'язані із вживанням алкоголю, виявляли за допомогою тесту AUDIT, рівень реактивної тривоги та особистісної тривожності оцінювали за опитувальником Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, конституціонально-типологічні особливості особистості пацієнтів визначали за методикою К. Леонгарда — Г. Шмішека. З метою встановлення ступеня виразності депресивної симптоматики застосовували стандартизовану шкалу депресії Гамільтона (HDRS). Для верифікації розладів психіки та поведінки, пов'язаних із органічним ураженням ЦНС, проводили неврологічний огляд, використовували комп'ютерну електроенцефалографію з картуванням та, за необхідністю — методи нейровізуалізації (магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії).

До основної групи (група 1) увійшли 160 хворих з АЗ та ДР, які звернулися по протирецидивне лікування в період ремісії (F10.20, у відповідності до діагностичних критеріїв МКХ-10). На момент проведення дослідження в усіх хворих констатовано другу клінічну стадію АЗ.

Групу порівняння (група 2) склали 40 пацієнтів з депресивним розладом цереброорганічного ґенезу (F06.32) без психічних та поведінкових розладів, спричинених вживанням алкоголю.

На участь у дослідженні отримано інформовану згоду кожного хворого. Критерії виключення — наявність деменції, психотичних розладів, соматичних захворювань в стадії загострення або декомпенсації. Всі пацієнти були чоловічої статі, віком від 25 до 58 років, середній вік становив 42,3 ± 0,63 роки. Психічний стан в цілому та окремі симптоми оцінювали на момент включення в дослідження, в динаміці після проведення основного курсу лікування та у віддаленому періоді (6 місяців — 3 роки).

Соціально-демографічний аналіз показав, що за рівнем отриманої освіти пацієнти розподілилися таким чином: незакінчена середня освіта була у 21 (13,1 %) обстеженого першої та 2 (5,4 %) хворих другої груп, середня — відповідно у 43 (26,9 %) та 5 (12,2 %), середня спеціальна — у 52 (32,4 %) та 17 (42,3 %), незакінчена вища — у 18 (11,3 %) та 6 (15,2 %), вища — у 26 (16,3 %) та 10 (24,9 %) пацієнтів, що можливо вказує на низький рівень освіти, як один з предикторів алкогольної залежності.

Під час вивчення соціального статусу у хворих з ДР при АЗ було виявлено й інший відмінний від пацієнтів групи порівняння чинник, що «сприяє» формуванню чи рецидивам алкоголізму: серед обстежуваних основної групи відмічено велику питому вагу осіб із соціальною та трудовою дезадаптацією. Так, на момент проведення дослідження тимчасово або тривало не працювали 78 (48,8 %) осіб, 39 (24,3 %) були зайнятими на сезонних роботах, 21 (13,1 %) були постійно працевлаштовані на низькокваліфікованих роботах, серед пацієнтів із середньою спеціальною, незакінченою вищою та вищою освітою (96 — 60,0 % осіб) працювали за фахом лише 22 (13,8 %) пацієнти.

Серед пацієнтів групи 2 тимчасово або тривало не працювали лише 3 (7,5 %) осіб, працювали за фахом 11 (27,5 %) осіб, 18 (45,0 %) пацієнтів були інвалідами 3 групи, з них 7 (17,5 %) працювали на роботах із зниженням кваліфікації, 5 (12,5 %) були періодично зайнятими на сезонних роботах, 6 (15,0 %) продовжували працювати за фахом, 8 (20,0 %) хворих мали стійко втрачену працездатність та отримували соціальну допомогу як інваліди 2 групи.

Під час вивчення сімейного статусу серед пацієнтів 1-ї групи одружених було 75 (46,8 %) осіб, з них 38 (24,0 %) перебували у повторному шлюбі, серед пацієнтів 2-ї групи — одружених і тих, які перебувають у повторному шлюбі, відповідно 25 (63,8 %) та 5 (11,4 %) осіб, розлучених — 54 (33,8 %) хворих групи 1 та 8 (19,7 %) пацієнтів групи 2, самотніх — відповідно 31 (19,4 %) та 7 (16,5 %) хворих, що вказує на доцільність більш поглибленого вивчення причинно-наслідкових зв'язків особливостей сімейних стосунків і варіантів взаємозалежності депресія — алкогольна залежність.

Таким чином, у хворих з ДР при АЗ порівняно з пацієнтами з депресивними розладами цереброорганічного походження вірогідно частіше спостерігалась сімейна та трудова дезадаптація, що підтверджено статистичною обробкою вказаних цифрових даних.

За результатами клінічного та лабораторного обстежень спеціалістами — терапевтами у 75 (46,9 %) хворих групи 1 діагностовано алкогольне ураження печінки у вигляді хронічного токсичного гепатиту різної активності, алкогольна міокардіодистрофія виявлена у 32 (20,0 %) осіб, хронічний панкреатит — у 13 (8,1 %), при цьому 46 (28,8 %) пацієнтів мали поєднану патологію.

Під час дослідження неврологічного статусу у 78 (48,8 %) хворих 1-ї групи діагностовано енцефалопатію інтоксикаційного походження, з них енцефалопатію I—II стадій виявлено у 42 (26,3 %) осіб, II стадії із розсіяною мікровогнищевою симптоматикою — у 29 (18,1 %), II—III стадій — у 7 (4,4 %) пацієнтів, з них у 4 (2,5 %) хворих діагностовано вестибуло-атактичний синдром. Під час проведення ЕЕГ-дослідження в переважній більшості випадків спостерігалися помірно виражені дифузні зміни церебральної біоелектричної активності з проявами дисфункції кіркових або підкіркових структур.

Під час дослідження неврологічного статусу в усіх пацієнтів групи 2 виявлено хронічну цереброваскулярну недостатність, основою якої, за результатами ЕЕГ-дослідження, були виражені дифузні зміни церебральної біоелектричної активності з ознаками помітної

дисфункції стовбурово-діенцефальних структур переважно домінантної півкулі головного мозку. Дисциркуляторну енцефалопатію I—II стадій діагностовано в 6 (15,0 %) обстежуваних, II стадії — в 13 (32,5 %) і II—III стадій — в 21 (52,5 %) випадках. У цих хворих, на відміну від пацієнтів основної групи, вірогідно частіше спостерігалися прояви екстрапірамідної недостатності та вестибуло-атактичних порушень, які було виявлено у 29 (72,5 %) пацієнтів ($p < 0,001$).

Аналіз конституціонально-типологічних особливостей особистості хворих з ДР при АЗ показав, що емотивні риси характеру в них спостерігалися найчастіше — у 52 (32,5 %) випадках, демонстративна акцентуація спостерігалась у 41 (25,6 %), збудливі риси характеру були вираженими у 22 (13,8 %), тривожні риси — у 16 (10,0 %) пацієнтів, з циклотимною акцентуацією були 14 (8,8 %) обстежуваних, з дистимічною — 10 (6,2 %), із застрягаючими рисами — 5 (3,1 %), осіб з педантичними, екзальтованими та гіпертимними акцентуаціями характеру не було.

Під час вивчення характерологічних особливостей пацієнтів з депресіями цереброорганічного походження було встановлено домінування застрягаючих, дистимічних та педантичних рис. Так, емотивні акцентуації в них спостерігалися лише у 4 (10,0 %) випадках, демонстративна спостерігалась у 3 (7,5 %), збудливі риси були вираженими у 4 (10,0 %), тривожні — у 4 (10,0 %), циклотимні — у 2 (5,0 %), дистимічні — у 8 (20,0 %) обстежуваних пацієнтів, із застрягаючими рисами було 8 (20,0 %) хворих, з педантичними — 7 (17,5 %), осіб екзальтованими та гіпертимними акцентуаціями характеру в цій групі не виявлено.

Під час кількісного оцінювання тривожних розладів за методикою Спілбергера — Ханіна у більшості пацієнтів групи 1 — 144 (90,0 %) осіб — реєструвався високий рівень ситуативної тривоги та особистісної тривожності — 68,5 ± 0,24 та 54,11 ± 0,18 бали, відповідно. В 12 (7,5 %) пацієнтів тривога виникала без видимої причини, у 20 (12,5 %) її появу провокували наявність актуальних соматичних проблем, у 68 (42,5 %) — несприятливі зовнішні обставини, ще у 44 (27,5 %) випадках причини виникнення тривоги мали поєднаний характер.

Рівень ситуативної тривоги та особистісної тривожності у пацієнтів з депресіями цереброорганічного ґенезу виявився помірним та в середньому у вибірці склав 36,5 ± 0,16 та 44,8 ± 0,18 бали, відповідно.

Переважаючими скаргами хворих групи 1 були: зниження працездатності (84,4 % пацієнтів), надмірна дратівливість (у 74,4 %), швидка втомлюваність (у 71,3 %), порушення сну (51,9 % обстежуваних), неприємні внутрішні відчуття (у 29,4 %), почуття провини (у 23,8 %). Вищевказані скарги «маскували», відсували на другий план власне депресивні порушення, скарги, які пацієнти висловлювали лише в процесі тривалого розпитування або й взагалі їх не відмічали, проте вони виявлялися за допомогою тестування за шкалою Гамільтона.

Хворі групи 2 в основному скаржилися на інтенсивний головний біль (у 94,5 % пацієнтів), втомлюваність (у 94,2 %), запаморочення (в 87,4 %), стійко знижений настрій (у 87,1 %), почуття провини (в 77,5 %), порушення сну із частими пробудженнями та сонливістю впродовж дня (в 63,4 %), труднощі при концентрації уваги та при запам'ятовуванні (в 59,1 %), метеочутливість (у 56,2 %), порушення координації рухів (у 53,8 %), часті неприємні відчуття в різних ділянках тіла (в 52,9 % осіб).

Наявність поточних психогенно травмуючих ситуацій відмічали всі обстежені пацієнти. Під час вивчення причин психічної травматизації було встановлено, що у хворих 1-ї групи, порівняно із групою 2, вірогідно частіше відмічались сімейні та побутові конфлікти (68,3 % та 29,2 % осіб відповідно, $p < 0,05$). Як психотравмуючі чинники вони найчастіше називали складність міжособистісних стосунків, недовіру оточуючих до стійкості ремісії, неналагодженість виробничих або/та сімейних проблем, які виникали внаслідок вживання алкоголю, що може бути й чинником, провокуючим виникнення ДР, й причиною поглиблення вже наявної депресивної симптоматики. Формування депресивного стану в 106 (66,3 %) пацієнтів групи 1 відбувалося за впливу психотравмівних обставин, здебільшого безпосередньо пов'язаних з конфліктними обставинами в мікрооточенні. У пацієнтів 2-ї групи психогенна провокація емоційного стану виявлялася лише в 5 (12,5 %) осіб ($p < 0,001$).

Отже, в ґенезі ДР при АЗ велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З другого боку, хворий не вміє адекватно контролювати власні емоції, реагувати на звичайні стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів прискорюється соціальна дезадаптація, підвищується ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому відмічається замкнене коло: зловживання алкоголем спричиняє афективну патологію, яка, в свою чергу, веде до посилення алкоголізації.

Встановлено, що переживання хворобливого стану у пацієнтів групи 1 характеризувалося малою виразністю почуття провини, яке відмічалося лише у 23,8 % осіб. Як вже було вказано, в їх висловлюваннях домінувало прагнення звинувачувати у своїх проблемах оточуючих або пов'язувати їх виникнення лише із зовнішніми обставинами, що може свідчити про домінування у цих хворих дезадаптивних способів психологічного захисту, покликаних виправдати подальшу алкоголізацію та її негативні наслідки, не дозволяючи усвідомити тяжкість наявної проблеми та власної відповідальності за неї. Небажання пацієнтів із АЗ визнати себе хворими, некритичність, неможливість правильно оцінити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на особисте та сімейне життя, соціальні відносини, виробничу діяльність, відсутність настанови на одужання, неадекватне уявлення про себе можна розглядати як основні об'єкти впливу психотерапії.

У пацієнтів групи 2 почуття провини було пов'язане із власним захворюванням та безпорадністю перед реальними життєвими обставинами, відповідно розуміння своєї неспроможності призводило до поглиблення вже наявного депресивного стану. Так, найбільше вони висловлювали переживання з приводу погіршення стану здоров'я і ймовірної появи ускладнень свого захворювання (49,7 %) та наявних матеріально-побутових й інших проблем внаслідок власної неспроможності та непрацездатності (27,8 %).

Аналіз сумарного показника за шкалою Гамільтона показав, що в групі 1 у 70 (43,8 %) пацієнтів депресія була легкою, у 76 (47,5 %) — помірною, у 14 (8,7 %) хворих — тяжкою. В групі 2 кількість пацієнтів з тяжкою депресією вірогідна менша — 1 (2,5 %) особа, а пацієнтів з помірно вираженою депресією вірогідно більше — 29 (72,5 %), у 10 (25,0 %) хворих спостерігалась легка депресія. Сумарний показник за шкалою Гамільтона у обстежуваних пацієнтів групи 1 становив 17,18 ± 0,11 бали, у пацієнтів 2-ї групи — 18,16 ± 0,14 бали.

У хворих групи 1 виокремлено такі варіанти ДР: простий — у 7 (4,4 %) пацієнтів, дисфоричний — у 14 (8,8 %), тривожно-депресивний — у 31 (19,4 %), астенічний — у 33 (20,6 %), іпохондричний — у 68 (42,5 %), апатичний — у 7 (4,3 %) хворих.

При цьому в 18 (11,3 %) хворих ДР виявлялися такі ознаки, як добові коливання настрою з певним його покращанням у другій половині дня, ідеї меншовартості та неповноцінності, почуття провини та велика питома вага соматовегетативних розладів, притаманних «класичній» депресії. Слід зазначити, що навіть при достатньо тривалому терміні захворювання у цих пацієнтів не відмічалося виразних алкогольних змін особистості. Важливою особливістю також була наявність в анамнезі тривалих ремісій, як спонтанних, так і терапевтичних, при цьому простежувався зв'язок між зловживанням алкоголем та наявністю афективної симптоматики депресивного спектра.

Особливостями ДР у 106 (66,3 %) пацієнтів були виражена емоційна лабільність, дратівливість, часто спостерігались тривалі істероформні психопатоподібні реакції, поведінка хворих відрізнялася демонстративністю та егоцентризмом, в багатьох пацієнтів відмічалася необґрунтована роздратованість діями близьких. Фон настрою був помірно зниженим, без помітних добових коливань. Вітальних проявів, ідеаторної та моторної загальмованості не спостерігалося.

За результатами клініко-психопатологічного, неврологічного та нейрофізіологічного дослідження встановлено, що у 42 (26,3 %) пацієнтів прояви психопатоподібних порушень спостерігалися на тлі психоорганічного синдрому та свідчили про його початковий етап. При цьому наявна психогенно спровокована депресивна симптоматика зумовлювала прискорений розвиток залежності. Із поглибленням змін особистості на ґрунті токсичної енцефалопатії астено-депресивні, іпохондричні та тривожні розлади поступово трансформовувалися, в клінічній картині починали переважати експлозивність, адинамія, апатія в поєднанні із виразними когнітивними змінами.

ДР, що спостерігались у 36 (22,4 %) пацієнтів групи 1, були не синдромально самостійними, окремими феноменами, а структурною складовою основних синдромів АЗ. «Вторинний», органічний ґенез психопатологічних порушень було підтверджено результатами клініко-неврологічного і нейрофізіологічних досліджень. Їх виникнення було пов'язано з органічним ураженням головного мозку, яке сформувалось і як наслідок безпосереднього токсичного впливу етанолу на ЦНС, і завдяки іншим механізмам дисметаболічного характеру за рахунок наявної соматичної патології, спричиненої хронічною алкогольною інтоксикацією. Для цих хворих були характерні значна тривалість захворювання, постійний характер пияцтва, висока швидкість формування алкогольного абстинентного синдрому з моменту початку систематичного зловживання алкоголем, висока добова толерантність та відсутність тривалих ремісій в анамнезі.

За ступенем виразності симптоматики ці депресії були найменш інтенсивними, у пацієнтів спостерігався стійкий субдепресивний стан із короткотривалими психопатоподібними реакціями в поєднанні зі значною психічною виснажливістю, помірно вираженими когнітивними розладами та майже відсутньою критикою щодо свого стану. Динаміка депресій мала монотонний характер, симптоматика відрізнялася стійкістю та резистентністю до терапії.

В структурі ДР у 13 (32,5 %) пацієнтів групи порівняння переважала іпохондрична, у 11 (27,5 %) — астено-адинамічна, у 9 (22,5 %) — апатична симптоматика, у 7 (17,5 %) хворих депресія супроводжувалася тривогою, відчуттям внутрішнього напруження і дискомфорту. В усіх цих хворих виявлялися гіперестезія, виразні та різкі коливання артеріального тиску, лабільність пульсу, гіпергідроз, головний біль, запаморочення, вестибулярні порушення.

ДР у пацієнтів цієї групи переважно розвивалися поступово, динаміка стану характеризувалася трансформацією «чистих» астенічних та тривожних проявів в тривожно-іпохондричні та апатичні, які виявлялися на ґрунті глибокої і стійкої астенії в поєднанні з виразним когнітивним дефіцитом та соціальною дезадаптацією. Знижений настрій супроводжувався дисфоричним компонентом або сльозливістю, тривожними побоюваннями щодо власного здоров'я, вразливістю, думками іпохондричного змісту, апатією та адинамією. Спільною особливістю таких ДР була наявність дратівливості та виснажливості в різних співвідношеннях, прояви астенії посилювалися при перевтомі та в залежності від метеорологічних умов. Крім підвищеної втомлюваності у хворих відмічалися нестриманість, нетерплячість, прискіпливість, образливість, нерішучість, невіра в свої сили та можливості. За наявності навіть незначних психотравмуючих обставин виникали тривога та слабодухість. Такі пацієнти неадекватно гостро реагували на незначні життєві негаразди, намагалися свідомо уникати таких ситуацій.

Психоорганічний синдром проявлявся дисмнестичними розладами, зниженням темпу і продуктивності психічних процесів, спостерігалися сповільнення і в'язкість мислення, зниження здатності до аналітико-синтетичної діяльності із втратою спроможності розуміти в повному обсязі інформацію, що надходить, формувати план дій та прогнозувати наслідки своїх вчинків. Коло інтересів хворих обмежувалося тільки побутовими проблемами, здатність до формування нових навичок суттєво знижалася.

За результатами дослідження з'ясовано такі відмінності клініки ДР при АЗ порівняно із цереброорганічними депресіями: некритичне сприйняття власного емоційного стану, велика питома вага психогенно зумовлених ДР, що можна пояснити поглибленням в процесі алкоголізації преморбідних тенденцій особистості до гіпотимного реагування на різноманітні несприятливі чинники під впливом соматичних і соціальних ускладнень залежності, формуванням цереброорганічних наслідків алкоголізації. Клінічна картина таких депресії характеризується відсутністю відображення в переживаннях пацієнтів актуальної психічної травми, малою виразністю почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих або пов'язувати їх виникнення лише із зовнішніми обставинами. Для депресій при АЗ характерні також наявність психопатоподібних реакцій значної інтенсивності та тривалості, які за характером та силою проявів не відповідають наявній провокуючій ситуації, схильність до аггравації свого стану, невідповідність між значною виразністю іпохондричних та астенічних проявів, з одного боку, та помірною вираженістю наявних соматичних та цереброорганічних порушень, з другого боку.

Проведене дослідження показало диференціальні клінічні діагностичні ознаки вищезазначених депресивних розладів, а також певні патопсихологічні і нейрофізіологічні особливості, що дозволяють диференціювати терапевтичну тактику, програми медико-соціальної реабілітації та психопрофілактики ДР у хворих із АЗ, шляхом корекції біологічних, клініко-психопатологічних та міжособистісних аспектів даної недуги із врахуванням механізмів її розвитку.

Список літератури

1. Сайков Д. В. Алкогольная депрессия / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. — Харьков : Коллегиум, 2004. — 335 с.

2. Депрессивные состояния в клинике алкоголизма / [С. В. Титиевский, Е. В. Медведева, А. П. Закревский, Е. Г. Закревская] // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10. — № 4. — С. 94—98.

3. Крылов Е. Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 / Е. Н. Крылов. — М., 2004. — 35 с.

4. Сквира И. М. Клинико-терапевтические и прогностические аспекты незавершенных рецидивов у больных алкогольной зависимостью / И. М. Сквира // Психічне здоров'я. — 2012. — № 2 (в одній обкл. 1/2). — С. 30—33.

5. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials / [Iovieno N., Tedeschini E., Bentley K. H. et al.] // J Clin Psychiatry. — 2011. — Vol. 72(8). — P. 1144—51.

6. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment / [Watkins K. E., Hunter S. B., Hepner K. A. et al.] // Arch Gen Psychiatry. — 2011. — Vol. 68(6). — P. 577—84.

7. Галущак О. В. Структура та характеристика тривожно-депресивних розладів у хворих на алкогольну залежність та принципи їх терапії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / О. В. Галущак. — Х., 2009. — 18 с.

8. Клинико-психологическая характеристика больных с осложненными алкогольной зависимостью расстройствами личности / [О. Ф. Ерышев, Т. Ю. Тульская, К. В. Рыбакова, С. П. Ерошин] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011. — Т. 111, прил. к № 11 «Алкоголизм». — С. 14—19.

9. Немкова Т. И. Некоторые особенности клинических проявлений алкогольной зависимости, сочетающейся с рекуррентным депрессивным расстройством (клинический случай) / Т. И. Немкова, А. Г. Гофман // Независимый психиатрический журнал. — 2013. — № 1. — С. 71—74.

10. Baseline functioning among individuals with posttraumatic stress disorder and alcohol dependence / [M. L. Drapkin, D. Yusko, C. Yasinski et al.] // J Subst Abuse Treat. — 2011. — Vol. 41(2). — P. 186—92.

11. Conner K. R. Initial depression and subsequent drinking during alcoholism treatment / Conner K. R., Sorensen S., Leonard K. E. // J Stud Alcohol Drugs. — 2005. — Vol. 66(3). — P. 401—6.

12. Depressive symptoms and subsequent alcohol use and problems: a prospective study of medical inpatients with unhealthy alcohol use / [Palfai T. P, Cheng D. M, Samet J. H. et al.] // Ibid. — 2007. — Vol. 68(5). — P. 673—80.

13. Нециркулярні депресії (монографія) / за ред. О. К. Напрєєнка. — К.: Софія-А, 2013. — 624 с.

14. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами : монографія / [О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина]. — К.: Здоров'я, 2011. — 208 с.

15. Табачніков С. І. Удосконалення лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на алкогольну залежність в умовах її сучасного патоморфозу : метод. реком. / Табачніков С. І., Гапонов К. Д., Маркова М. В. — К., 2013. — 24 с.

Надійшла до редакції 18.03.2015 р.

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

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