

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.

В. М. Бехтерева

УТВЕРЖДЕНО

Председатель Научного совета по
Наркологии № 36 РАМН

Директор ФГУ

ННЦ наркологии Росздрава

Член-корр. РАМН, профессор Н.Н.И-
ванец

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АЛКО-
ГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С
ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2008

УДК:

Данное пособие для врачей составлено на основании клинического и клинико-психологического исследования пациентов и позволяет психиатру-наркологу улучшить диагностику коморбидной эндогенной аффективной патологии, сочетающейся с алкогольной зависимостью. Выявление и уточнение нозологической принадлежности коморбидных депрессивных расстройств в раннем постабстинентном периоде дает возможность оптимизировать проводимую психофармакотерапию, тем самым создавая условия для улучшения качества и продолжительности ремиссии у этого контингента больных. Пособие для врачей предназначено для применения врачами-наркологами амбулаторной и стационарной наркологической помощи.

Заявитель: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

Авторы: кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Т. Г. Рыбакова, доктор медицинских наук, профессор О. Ф. Ерышев

Рецензенты: Снедков Е. В., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, доктор медицинских наук
Егоров А. Ю., профессор кафедры психиатрии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, доктор медицинских наук

ISBN: 978-5-94651-031-8

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

Введение

Проблема больных с «двойным диагнозом», или коморбидности, существует в медицине с 70-х годов XX века. Фактически же диагностика и лечение пациентов с наличием одной или нескольких болезней осуществляются врачами с момента выделения самостоятельных нозологических единиц. Для психиатрии этот срок составляет примерно столетие, с тех пор как в психиатрии утвердилась крепелиновская нозологическая систематика. Еще задолго до создания теории коморбидности были сделаны важные шаги в области изучения проблем больных с двойным диагнозом. В частности, в классических работах С. Г. Жислина мы находим предостережение от рассмотрения этих смешанных форм как «какого-то сложения новой симптоматики с симптоматикой исходной, основной формы». Создатели теории коморбидности фактически повторили его высказывание, квалифицируя это расстройство как «новую клиническую сущность, требующую особого диагностического, терапевтического и прогностического подходов». С. Г. Жислину принадлежит и одно из первых наблюдений, свидетельствующих о важной роли аффективных нарушений в формировании и течении психопатологических проявлений у больных алкоголизмом. Он имел в виду больных с так называемым люцидным алкоголизмом, то есть не имеющих явной нозологической «примеси» эндогенных или процессуальных аффективных симптомов. Значение аффективной симптоматики, безусловно, увеличивается в формировании коморбидных состояний, включающих в себя проявления алкогольной зависимости (АЗ) и истинных аффективных (эндогенных) расстройств.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что, при наличии значительного количества исследований в области клиники и лечения коморбидных состояний в наркологии и психиатрии, большинство из них посвящено сочетаниям АЗ и шизофрении, в то время как работ, касающихся коморбидности АЗ и эндогенных аффективных расстройств, значительно меньше (хотя в последнее время, в связи с широким использованием антидепрессантов в наркологии, число таких исследований увеличивается). Важность диагностики аффективных расстройств и диффе-

ренциация их вариантов у больных АЗ очевидны. Они позволяют в короткое время подобрать наиболее рациональную терапию для купирования симптомов, в противном случае тормозящих лечебный процесс, — попытки проводить противоалкогольную терапию без устранения у пациентов аффективной патологии любой степени выраженности обычно безрезультатны. При этом диагностика состояний с выраженной эндогенной симптоматикой не вызывает особых затруднений для квалифицированного психиатра-нарколога. В этих случаях она представлена в виде отчетливых аффективных картин, позволяющих констатировать у пациента, помимо аддиктивной (обусловленной зависимостью от алкоголя), эндогенную симптоматику и наметить рациональное лечение. Гораздо сложнее дело обстоит тогда, когда мы сталкиваемся со случаями, которые раньше относили к малопрогрессирующей шизофрении и маскированным депрессиям. В новой международной классификации МКБ-10 они распределены по рубрикам «легкий» и «умеренный депрессивный эпизод», «невротические и соматоформные расстройства».

В связи с этим задачей настоящего пособия для врачей является описание клинической картины у пациентов с не резко выраженными и маскированными формами эндогенных аффективных расстройств, сочетающимися с аддиктивной патологией. Такая информация, полученная в результате клинического и клинко-психологического исследования пациентов с коморбидной патологией и ее сравнения с клинической картиной пациентов, страдающих люцидным алкоголизмом, позволит врачу психиатру-наркологу увереннее ориентироваться в диагностике коморбидных состояний, тщательнее формировать схемы лечения и уточнять прогноз этой группы больных.

При разработке данного пособия использованы следующие методики, позволяющие объективизировать полученные результаты и подвергнуть их математической обработке:

1. Шкала мотивов потребления алкоголя В. Ю. Завьялова (МПА).
2. Шкала обсессивно-компульсивного влечения к алкоголю (ОКШПВА).
3. Самооценочная шкала депрессии Зунга.

4. Самооценочные шкалы личностной и ситуативной тревожности Спилбергера–Ханина.
5. Клинические шкалы тревоги и депрессии Гамильтона.
6. Личностный опросник акцентуаций характера Леонгарда.
7. Клиническая шкала выраженности патологического влечения к алкоголю Альтшулера–Чередниченко.

Показания и противопоказания к применению пособия

Показанием к использованию пособия являются уточнение диагностики и структурный анализ состояния больных с аддиктивной патологией и наличием не резко выраженных аффективных расстройств, а также выявление скрытой аффективной патологии.

Противопоказаний к применению пособия нет.

Материально-техническое обеспечение

Предлагаемое пособие не требует специального материально-технического обеспечения.

Описание предложения

Общие клинические характеристики больных АЗ с коморбидной депрессивной патологией

Аффективные эндогенные нарушения депрессивной окраски у больных АЗ могут как предшествовать формированию АЗ (первичные аффективные наруше-

ния), так и появляться после него (вторичные аффективные нарушения)*. Выраженность депрессивных расстройств, сочетающихся с АЗ, обычно бывает незначительной и соответствует уровню циклотимии и дистимии, согласно классификации МКБ-10, или легкой и умеренной степени выраженности депрессивного эпизода при униполярном и рекуррентном депрессивном или биполярном аффективном расстройстве. Так называемые «скрытые» депрессивные состояния классифицируются, как отмечалось выше, в рубриках «невротические и соматоформные расстройства». По существу же все эти состояния, включающие в себя определенные «витальные» симптомы, являются проявлениями циклотимической конституции или непосредственно циклотимии, как стойкого расстройства личности, существующего на уровне акцентуации (по К. Леонгарду) или психопатии (по П. Б. Ганнушкину), то есть принадлежат к эндогенным аффективным проявлениям.

У лиц с циклотимической акцентуацией характера или выраженным расстройством личности по циклоидному типу чаще всего и отмечаются легкие патологические проявления задолго до формирования АЗ (аутохтонные, часто сезонные, состояния измененной аффективности, неадекватно затяжные состояния подавленности, пониженного настроения, как реакция на травмирующие пациента ситуации). При этом характерны субдепрессивная, а иногда «скрытая» симптоматика, снижение активности и работоспособности, сужение прежних жизненных интересов, постоянное наличие тревожного компонента депрессии, суточные колебания настроения, свойственные эндогенной депрессии (утренний максимум жалоб), идеи малоценности и несостоятельности, а также соматическое сопровождение психопатологических расстройств (ухудшение аппетита, потеря в весе, нарушение менструального цикла, бессонница или отсутствие ощущения бодрости после сна и др.). Именно по этим симптомам и можно судить о наличии депрессии в случае ее маскирования соматической или соматоформной симптоматикой (неприятные ощущения в сердце, в желудке, различные болевые феномены и

* Имеется в виду лишь время возникновения аффективных нарушений по отношению к формированию алкогольной зависимости, в отличие от «вторичной» аффективности, возникающей под влиянием хронической алкогольной интоксикации и обычно не имеющей признаков эндогенности (см. ниже.).

др.). Проявления психопатологической симптоматики обычно носят фазный (били или униполярный) либо приступообразный характер. У больных в этих случаях не отмечается заметных алкогольных изменений личности, а признаки алкогольной деградации если и появляются, то значительно позже, чем у больных с люцидным алкоголизмом.

Аффективные нарушения, наблюдающиеся у больных с коморбидной аффективной патологией, проявляются при остром алкогольном абстинентном синдроме (ААС), в постабстинентном периоде (до 1 месяца после купирования ААС) и в дальнейшем — на этапе становления ремиссии (до полугода после купирования ААС). Наиболее частыми вариантами являются субдепрессивные состояния: простое (с преобладанием сниженного настроения и пониженной самооценки), тревожно-депрессивное (сочетание гипотимии с ощущением внутреннего дискомфорта, ожиданием каких-то неприятностей, элементов двигательного беспокойства) и дисфорическое (наличие в клинической картине, помимо сниженного настроения, раздражительности, недовольства окружающим, стремления выместить свои отрицательные переживания на других). Другие варианты субдепрессий, встречающиеся у этих пациентов: астенический (субдепрессия с раздражительностью и истощаемостью), ипохондрический (сочетание пониженного настроения с фиксацией пациента на неудовлетворительном соматическом состоянии), апатический (наличие в субдепрессивном состоянии вялости и безразличия к окружающему). Существуют и более сложные субдепрессии, включающие в себя обсессивную и деперсонализационную симптоматику. Характерной особенностью всех этих депрессий является наличие в них (а не только в тревожно-депрессивном варианте) элементов тревоги, являющейся неременным проявлением аффективных расстройств у больных со сформировавшейся алкогольной зависимостью.

Употребление алкоголя у таких людей обычно начинается со стремления устранить психическое неблагополучие (повысить настроение и активность при простых и апатических субдепрессивных состояниях, избавиться от тревоги при тревожной депрессии). В этом отличие описываемой группы больных от лиц, страдающих люцидным алкоголизмом, у которых на начальных этапах приобще-

ния к алкоголю доминируют традиционные и гедонистические мотивы (см. приложение 1). Однако по мере нарастания аддиктивной симптоматики это различие может сглаживаться, что подтверждается и величиной уровня мотивационного напряжения (суммарный показатель по шкале МПА Завьялова), характеризующего в сознании степень потребности в алкоголе. Тем не менее у больных с коморбидной депрессивной патологией, по данным шкалы МПА, выраженность патологических мотивов потребления алкоголя оказывается меньше, чем у больных с люцидным алкоголизмом. При общем снижении выраженности похмельных и аддиктивных мотивов у них значимо меньше выражены мотивы самоповреждения, превалирующие у больных с люцидным алкоголизмом. Мотивы самоповреждения, как правило, свидетельствуют не столько о выраженности эмоциональных нарушений, сколько об утрате перспектив и смысла трезвости у больных люцидным алкоголизмом с алкогольными изменениями личности. Такие механизмы практически отсутствуют у больных АЗ с коморбидными депрессивными расстройствами ввиду более доброкачественного течения алкогольного заболевания у этого контингента больных.

Влечение к алкоголю является стержневым синдромом АЗ. Для большинства больных АЗ с расстройствами настроения, по их субъективным отчетам, характерна постоянная форма проявлений патологического влечения к алкоголю (ПВА) на фоне депрессивных расстройств*. Это касается в первую очередь больных с пролонгированными эпизодами тревожной и астенической субдепрессии, а также больных, у которых в структуре депрессивных сезонных расстройств преобладают апатия, деперсонализационные и фобические расстройства. При циклотимических и простых субдепрессиях отмечается как циклический, эпизодический, так и постоянный тип проявлений ПВА. При углублении субдепрессивного состояния, возникновения витальной тоски проявления ПВА иногда могут исчезать. Таким образом, частота проявлений ПВА у больных с коморбидной депрессивной патологией может быть различной. Вместе с тем можно выделить некоторые другие закономерности в изменении проявлений ПВА при

* Наличие и выраженность ПВА оценивались по шкале ОКШПВА и шкале Альтшулера–Чердниченко.

утяжелении аффективного состояния. При увеличении выраженности тревоги, апатии, фобий в структуре субдепрессий эпизодические проявления ПВА сменяются постоянным его вариантом. Напротив, при простых субдепрессивных состояниях постоянное ПВА при усилении выраженности депрессии может смениться эпизодическим, или даже исчезновением потребности в опьянении, хотя больные в это время продолжают употреблять алкоголь. Употребление алкоголя в этих случаях происходит небольшими дозами для уменьшения нарушений сна, аппетита, повышения жизненного тонуса и работоспособности, улучшения настроения. Вместе с тем при систематической алкоголизации, по полученным данным, около 62,5% больных на фоне депрессии отмечают усиление первичного влечения к алкоголю. Усиление первичного ПВА сопровождается быстрым ростом толерантности и актуализацией вторичного влечения к алкоголю, что приводит к усилению массивности алкоголизации, и это, в свою очередь, способствует углублению депрессивных переживаний, повышению суицидального риска (у 12–15% больных).

У 25% больных с коморбидной аффективной патологией влечение к алкоголю может уменьшаться, а у 7% больных полностью исчезать. Наличие постоянной, циклической или эпизодической форм проявления ПВА, сопряженных с определенной аффективной патологией, определяет и характер потребления алкоголя: постоянное, псевдозапойное пьянство или перемежающееся (периодическое употребление больших доз алкоголя на фоне практически ежедневного употребления его малых доз) пьянство.

Для большинства больных с первичными коморбидными депрессивными нарушениями характерна значительная продолжительность систематического употребления алкоголя (10–12 лет) до формирования всех компонентов синдрома отмены. А при уже сформировавшейся зависимости в большинстве случаев отмечается незавершенность структуры ААС, слабая выраженность сомато-неврологического компонента и преобладание в структуре ААС психического компонента с актуализацией вторичного влечения к алкоголю. Обращает на себя внимание широкий спектр аффективных нарушений в ААС с преобладанием тревожного компонента. Аффективные нарушения в состоянии ААС могут быть представле-

ны тревожным, тревожно-депрессивным, тревожно-дисфорическим, тревожно-фобическим, тревожно-депрессивно-ипохондрическим, астено-депрессивно-ипохондрическим, дисфорическим синдромами. По сравнению с больными люцидным алкоголизмом, отчетливо прослеживается усложнение аффективной симптоматики в структуре ААС. Так для больных с люцидным алкоголизмом в ААС более характерны простые синдромы (тревожный, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический). У больных с коморбидными депрессивными расстройствами в ААС встречаются также смешанные депрессивные эпизоды с повышенной активностью и гипоманиакальные состояния, которые чаще бывают у больных с циклотимией или при биполярном аффективном расстройстве. Они могут свидетельствовать как о преходящей инверсии аффекта, так и о смене фаз в течении аффективного заболевания.

Ранний постабстинентный период, который приходится на 7–10-й день после купирования явлений острой алкогольной интоксикации и сомато-вегетативных признаков ААС, характеризуется формированием более отчетливой аффективной картины, хотя у больных АЗ с коморбидными депрессивными расстройствами сохраняется высокий уровень тревоги. Тем не менее вариант субдепрессии становится очевидным. ПВА сохраняется, и уровень его выраженности в этом периоде значимо связан с уровнем тревожного состояния, определяемого по клиническим оценкам, в том числе по шкале тревоги Гамильтона. Чем выше уровень тревоги, тем больше выраженность ПВА, регистрируемого по самооценочной шкале обсессивно-компульсивного влечения к алкоголю. У части больных сохраняется постоянное ПВА в этом периоде, что может быть связано с дисфорическими расстройствами. У больных с люцидным алкоголизмом наличие постоянного типа проявлений ПВА в раннем постабстинентном периоде обычно определяется апатическими расстройствами, создающими алкогольную мотивацию вне ААС.

Для диагностики коморбидного состояния в раннем постабстинентном периоде представляется важным оценить наличие в аффективном синдроме психопатологических расстройств другого регистра. В частности, в коморбидных депрессивных состояниях в психическом статусе пациентов обычно отсутствуют

психопатоподобные нарушения, но имеются легкие психоорганические симптомы. Если психопатоподобные нарушения, являющиеся следствием алкогольных изменений личности, более свойственны пациентам с люцидным алкоголизмом, то наличие когнитивных нарушений (изменения в концентрации внимания, запоминании и воспроизведении нового материала), сосуществующих с тревожными и депрессивными расстройствами, достаточно характерно для больных с коморбидной патологией. У пациентов с люцидным алкоголизмом обычно присутствуют более выраженные психоорганические нарушения, сопровождаемые дисфорическими и апатическими расстройствами. Если в первом случае психоорганические нарушения (легкие когнитивные нарушения) связаны с тревожно-депрессивными расстройствами, носят преходящий характер и исчезают при лечении антидепрессантами, то во втором случае (более выраженные когнитивные нарушения) они являются следствием большей прогрессивности АЗ и представляют собой проявление токсической энцефалопатии, требующей соответствующей терапии.

Важным для диагностики коморбидной аффективной патологии является наличие в анамнезе больных длительных спонтанных и терапевтических ремиссий, где прослеживается связь наличия аффективной симптоматики со злоупотреблением алкоголем с, а ее отсутствия — с периодом стабильных ремиссий. Анализ мотивов возобновления употребления алкоголя у этих пациентов свидетельствует обычно о предшествующем изменении психического состояния. Это могут быть проявления как депрессивных переживаний, так и гипоманиакального состояния с легковесностью суждений и утратой «когнитивной бдительности» в отношении употребления алкоголя.

У большинства больных с коморбидной депрессивной симптоматикой в раннем постабстинентном периоде отсутствуют, как, впрочем, и у пациентов с люцидным алкоголизмом, адекватные представления об АЗ и установки на абсолютный отказ от употребления алкоголя, прием которого рассматривается ими как лечебное средство. Это обстоятельство требует, помимо психофармакотерапии, соответствующих психотерапевтических мероприятий. Вместе с тем,

учитывая относительно доброкачественное течение АЗ, сочетающейся с депрессивными расстройствами, и отсутствие синдрома отмены примерно в 9–11% случаев у этого контингента больных, представляется возможным индивидуальное изменение лечебной парадигмы в плане допустимости контролируемого употребления малых доз алкоголя и недопустимости использования в терапии сенсibiliзирующих к алкоголю препаратов в этих случаях.

Таковы общие характеристики АЗ у больных с коморбидной аффективной патологией. Однако существуют особенности АЗ, различные у больных с фазным и хроническим течением аффективного расстройства.

Особенности АЗ у больных с фазными депрессивными расстройствами

При АЗ, сочетающейся с депрессивной симптоматикой фазного характера, преобладают депрессивные эпизоды легкой и умеренной выраженности в рамках униполярного, рекуррентного или биполярного расстройства настроения, которые феноменологически могут быть отнесены к простым или тревожным субдепрессиям, сезонным депрессиям с утратой активности, агриппническими расстройствами и апатией. Длительность этих состояний может быть от нескольких недель до нескольких месяцев. Мотивация употребления алкоголя соответствует желанию больных улучшить свое психическое состояние. Пьянство приобретает циклический характер с достаточно длительными периодами воздержания от употребления алкоголя в интермиссии аффективного расстройства.

При возникновении расстройств настроения до формирования АЗ наблюдается продолжительный период систематического употребления алкоголя с быстрым ростом толерантности во время депрессивного состояния, утратой количественного контроля, но с медленным формированием ААС, незавершенностью его структуры, а в ряде случаев и с отсутствием проявлений ААС, кроме актуализации влечения к алкоголю. Потребность в алкоголе у этой группы больных, по данным шкалы МПА, оказывается менее выраженной, чем у

больных с хроническими аффективными нарушениями. Это может быть в известной степени связано с тем, что у подавляющего большинства больных с фазными депрессивными нарушениями (72%) прием алкоголя не вызывает эйфории, а у определенной их части (26,3%) не только не влияет на выраженность депрессии, но и усиливает ее проявления (21%).

Завершение формирования ААС происходит спустя 8–12 лет после начала систематического пьянства. У большинства больных отмечается малая выраженность сомато-неврологических проявлений ААС, но происходит углубление депрессивной симптоматики: появляются депрессивные переживания с идеями самообвинения, малоценности и более заметными суточными колебаниями настроения с улучшением к вечеру. Помимо аффективной симптоматики, у этих пациентов отмечаются неврозоподобные расстройства: obsessions, психическая истощаемость, раздражительность. В структуре ААС отчетливо представлены вторичное влечение к алкоголю, агриппния, тревога субпсихотического уровня (т. к. пациенты могут ее контролировать). У подавляющего большинства больных в психическом статусе при отмене алкоголя диагностируются тревожные (38%), тревожно-депрессивные (23%), тревожно-фобические (17%) расстройства. Ранний постабстинентный период характеризуется сохранением также высокого уровня тревожных расстройств. Показатели шкалы тревоги Гамильтона свидетельствуют о наличии тревожного состояния у больных в этот период. В диапазоне высокой тревожности находятся и показатели самооценочной шкалы ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина. Уровень депрессии по клинической шкале Гамильтона соответствует показателям большого депрессивного эпизода по этой шкале. При этом по самооценочной шкале Зунга фиксируется низкий уровень депрессии. Такое расхождение объективной и субъективной оценки депрессии может быть связано с алекситимией, имеющей место у этих больных, неспособных к вербальному выражению своих чувств, и с высоким уровнем тревоги, затрудняющим для них адекватную оценку своего эмоционального состояния. Для больных с фазными депрессивными расстройствами характерна в психическом статусе ассоциированность

депрессивных и тревожных расстройств с легкими психоорганическими нарушениями: снижение способности к сосредоточению внимания, некоторые нарушения памяти при воспроизведении и затруднение в освоении нового материала. Легкая степень психоорганических расстройств отражает в известной мере выраженность аффективных нарушений. У пациентов отсутствуют алкогольные изменения личности. Больным с фазными депрессивными расстройствами не свойственны апатические личностные проявления, у них минимальны и проявления дисфории (свидетельствующие о токсической энцефалопатии), что в целом характеризует течение АЗ у этих больных как относительно доброкачественное. При исчезновении или углублении депрессивного состояния влечение к алкоголю уменьшается или редуцируется, толерантность снижается, запойный ритм пьянства сменяется перемежающимся пьянством или эпизодическим употреблением алкоголя без потери количественного контроля.

Коморбидные депрессивные расстройства, возникающие на фоне уже сформировавшейся АЗ, приносят в клинику АЗ свои особенности. Выраженность депрессивных эпизодов на фоне злоупотребления алкоголем и запойных состояний заметно усиливается. В ААС начинает преобладать тоскливый аффект с ангедонией, идеями виновности, который сохраняется и после купирования сомато-вегетативных проявлений синдрома отмены. На начальных этапах появления аффективных нарушений депрессивные переживания с идеями самообвинения, обостряя критическое отношение к факту злоупотребления алкоголем, могут облегчать формирование спонтанных и длительных терапевтических ремиссий в течение АЗ. Однако, возобновляясь в течение ремиссии (депрессивный смешанный эпизод или гипоманиакальное состояние), в дальнейшем они способствуют возникновению рецидива. В рецидиве возобновляется запойный ритм пьянства с перерывами до 3–6 месяцев. Постепенно с уменьшением периодов воздержания меняется характер аффективной патологии. Появляются дисфорические расстройства, начинают преобладать дистимические депрессии с суточными колебаниями и агриппнией, с короткими, в 1–3 дня, периодами повышения настроения и изменением характера пьянства (переход в постоянную форму), нарушением внутрисемейных

отношений, но без заметного вначале снижения трудоспособности. По мере продолжения злоупотребления нарастают соматические проявления хронической алкогольной интоксикации, соматические декомпенсации в ААС, которые определяют мотивацию обращения больных за медицинской помощью.

Еще один вариант взаимовлияния АЗ и коморбидных депрессивных нарушений характеризуется быстрым формированием всех основных признаков зависимости и запойным пьянством до появления клинически диагностируемых депрессивных расстройств. Преимущественно это касается случаев эндоформного (наследственно отягощенного) алкоголизма с запойной формой пьянства. В терапевтической ремиссии АЗ продолжительностью более года впервые могут появляться сезонные апатические субдепрессии, которые приводят к рецидиву АЗ с изменением формы потребления алкоголя в виде постоянного пьянства дробными дозами, с восстановлением количественного и ситуационного контроля, и с редкими эпизодами злоупотребления алкоголем. В ААС после массивного употребления алкоголя представлена аффективная полиморфная симптоматика: тревога, депрессия, апатия, сопровождающаяся выраженным влечением к алкоголю и агриппнией. В дальнейшем при продолжении пьянства происходит трансформация аффективных нарушений рекуррентного характера с интермиссиями — в аффективные хронические нарушения дистимического характера с преобладанием тревоги и интенсификацией алкогольных эксцессов, переходящих при утяжелении соматовегетативных признаков интоксикации и ААС в запойные состояния.

Таким образом, аффективные расстройства, проявляющиеся после формирования АЗ, свидетельствуют о более прогрессивном течении алкоголизма после возникновения отчетливой аффективной патологии, то есть об утяжелении аддиктивных расстройств. Наследственная отягощенность алкоголизмом у коморбидных больных обычно свидетельствует о более неблагоприятном течении АЗ по сравнению с другими (наследственно не отягощенными алкоголизмом) больными этой группы.

Особенности АЗ, сочетающейся с хроническими расстройствами настроения

Хронические расстройства настроения наблюдаются у больных, которых можно отнести, по последней классификации (МКБ-10), в группы циклотимии и дистимии. При циклотимии на протяжении жизни эпизоды легкой приподнятости настроения или повышенной активности, работоспособности чередуются с эпизодами легкого снижения настроения, которые больные не всегда связывают с жизненными обстоятельствами. Иногда при этом больные испытывают неуверенность и нерешительность в своих действиях, своеобразную «лень», усталость, более выраженные в первой половине дня, которые преодолеваются волевым усилием. Продолжительность таких эпизодов может быть от нескольких дней до нескольких недель. При дистимии депрессивные расстройства более продолжительны, они длятся месяцами, сменяясь кратковременными (в несколько дней) периодами хорошего самочувствия. Обычно больные с дистимией мрачны, тревожны, испытывают усталость, постоянный дискомфорт и недовольство всем и всеми. У них отмечаются плохой аппетит и сон, не улучшающий самочувствия. Аффективные нарушения, достигающие в этих случаях средней степени выраженности, снижают качество жизни как самих больных, так и их ближайшего окружения.

Известно, что циклотимия манифестирует довольно рано, в возрасте 15–17 лет, в этом же возрасте начинается эпизодическое употребление алкоголя в общей популяции. Отчетливые хронические дистимические расстройства в этой группе больных проявляются позже, в возрасте 30–35 лет, к этому периоду у части больных может быть сформирована АЗ. Злоупотребление алкоголем у больных циклотимией происходит как в периоды снижения настроения, так и в периоды его повышения. Периоды воздержания от употребления алкоголя могут длиться до полугода. Систематическая алкоголизация в этой группе больных начинается в возрасте 23–25 лет и соответствует началу систематического пьянства больных без сопутствующей аффективной патологии, однако, как и у больных с фазными де-

прессивными расстройствами, формирование ААС при хронических расстройствах настроения замедленно. Характерна незавершенность синдрома отмены у больных с циклотимией, умеренный сомато-неврологический компонент, по сравнению с выраженностью аффективных нарушений в структуре ААС. Аффективные нарушения в ААС представлены, главным образом, тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами. У больных с дистимией в ААС чаще преобладают тревожно-дисфорические и дисфорические расстройства. По сравнению с больными, имеющими фазные депрессивные расстройства, у больных с хроническими нарушениями настроения чаще отмечается выраженность похмельных мотивов выше средних значений (62,5% против 38% соответственно). У подавляющего большинства больных с хроническими расстройствами настроения после редукции сомато-вегетативных признаков ААС сохраняется ПВА с выраженным аффективным компонентом. Об этом свидетельствуют показатели шкалы Альтшулера–Чередниченко. В раннем постабстинентном периоде у больных с циклотимией и дистимией выражены депрессивно-тревожные расстройства. Уровень депрессии по показателям шкалы депрессии Гамильтона соответствует оценке этих расстройств как большого депрессивного эпизода. В диапазоне высокой тревожности сохраняются показатели ситуативной тревоги, определяемые по самооценочной шкале Спилбергера–Ханина.

Апатические расстройства, находящиеся в положительной взаимосвязи с дистимией, дополняются клиническими особенностями аффективных нарушений в рамках хронической нестабильности настроения в раннем постабстинентном периоде, в то время как в группе больных с фазными депрессивными расстройствами такой связи нет. Клиническое своеобразие больных с циклотимией и дистимией отличается в одних случаях тесной связью депрессивных и тревожных расстройств, а в других — депрессивных и дисфорических расстройств. При этом, в отличие от больных с люцидным алкоголизмом, проявления дистимии в психическом статусе пациентов с хроническими расстройствами настроения не обнаруживают взаимосвязи с выраженностью психопатоподобных расстройств. Связь аффективных нарушений дисфорического и дистимического типов с психопато-

подобными нарушениями у больных с люцидным алкоголизмом позволяет рассматривать эти расстройства в рамках единого клинического комплекса вторичных аффективных расстройств и поведенческих нарушений вследствие хронической алкогольной интоксикации. Это следует учитывать при дифференциальной диагностике коморбидной патологии в раннем постабстинентном периоде. Сохранение у больных с хроническими расстройствами настроения постоянного влечения к алкоголю в сочетании с высоким уровнем выраженности аффективных нарушений в этом периоде обуславливает низкое качество ремиссий и их меньшую продолжительность по сравнению с больными с фазными коморбидными аффективными нарушениями, что особенно заметно при отсутствии соответствующей психофармакотерапии.

Таким образом, у больных с хроническим течением аффективных расстройств эти психопатологические проявления играют существенную роль во время ремиссий алкоголизма. Они требуют распознавания и соответствующего лечения, в противном случае приходится ожидать быстрого рецидива.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

Исследовано 60 больных с коморбидной депрессивной патологией (основная группа — ОГ) и 30 больных с люцидным алкоголизмом (контрольная группа — КГ). Средний возраст больных в группах составлял соответственно $45,2 \pm 2,6$ года и $42,3 \pm 2,8$ года. Официально не работающих в ОГ было 25%, а в КГ 33% больных. Первично обратились за помощью 63,3% в ОГ и 53,3% в КГ. Коморбидная депрессивная патология была представлена всеми видами аффективной патологии, включенной в раздел F3 (Аффективные расстройства) МКБ-10. Диагноз коморбидного депрессивного расстройства у большинства больных был установлен при настоящем исследовании. Помимо клинического метода, в исследовании были использованы экспериментально-психологические методики, приведенные выше. Статистическая обработка данных включала дескриптивный и корреляци-

онный анализ, оценка значимости различий проводилась с помощью t-критерия Стьюдента и коэффициента Спирмена.

Результаты. Исследование показало, что обе группы не различались по среднему возрасту начала эпизодической алкоголизации и перехода к систематическому пьянству, но в ОГ признаки синдрома отмены появлялись позже, чем в КГ. Формирование синдрома отмены отмечено в группе с коморбидной патологией в $38,2 \pm 3,0$, в группе с люцидным алкоголизмом — в $30,7 \pm 2,3$ года. При этом синдром отмены со всеми выраженными компонентами был сформирован в ОГ только у 20,5% больных, в то время как в КГ у 41,2% больных. У 23,1% больных основной группы в структуре ААС преобладали аффективные нарушения, в том числе у 10,3% больных — субпсихотического регистра. У 16,7% больных ОГ формирование синдрома отмены было не завершено, напротив, у 17,9% больных КГ ААС был достаточно выражен и сопровождался психоорганическими расстройствами, в том числе у 5,9% больных — судорожным синдромом. Выявлен прогрессивный темп течения заболевания от начала систематической алкоголизации был диагностирован у 4,9% больных основной группы и у 29,4% больных контрольной группы. Алкогольные изменения личности отсутствовали у подавляющего большинства больных ОГ (73,3%) и только у 22,2% больных КГ. В КГ у больных не было спонтанных ремиссий, в то время как в ОГ они имели место у 20% больных. Терапевтические ремиссии у ранее лечившихся больных ОГ имели место в 47,5%, а в КГ — в 36,4% случаев.

Данные экспериментально-психологического исследования больных обеих групп выявили ряд достоверно значимых признаков различия, в частности:

- 1) уменьшение доли традиционных мотивов и мотивов самоповреждения у больных с коморбидной депрессивной патологией;
- 2) высокий уровень депрессии и тревоги в раннем постабстинентном периоде после редукции соматовегетативного компонента ААС у этих больных;
- 3) при меньшей выраженности ПВА по шкале ОКШПВА преобладание аффективного компонента ПВА по шкале Альтшулера–Чередниченко;

- 4) наличие взаимосвязи ПВА и апатии в раннем постабстинентном периоде у больных с люцидным алкоголизмом;
- 5) положительные корреляции между наличием депрессии и тревоги, с одной стороны, и психоорганическими расстройствами легкой степени — с другой, в группе больных с коморбидной патологией;
- 6) наличие взаимосвязи дисфории и апатии с психорганическими расстройствами большей выраженности у больных с люцидным алкоголизмом;
- 7) отсутствие психопатоподобных нарушений и алкогольных изменений личности у больных ОГ.

Отсутствие взаимосвязи апатических и дистимических расстройств с психопатоподобными нарушениями в ОГ позволяет диагностически разделить аффективные и поведенческие нарушения и тем самым квалифицировать апатические или дистимические нарушения как депрессию (субдепессию) в случае отсутствия у больных психопатоподобных проявлений.

Наличие положительных корреляционных взаимоотношений психопатоподобных расстройств с дисфорией и дистимией в КГ в свою очередь позволяет объединить их в единый клинический комплекс поведенческих и аффективных нарушений, связанных с последствиями хронической алкогольной интоксикации у этой группы больных.

Психоорганические нарушения интеллектуально-мнестического характера, выявляемые в раннем постабстинентном периоде у больных ОГ и КГ в связи с аффективными нарушениями (тревогой и снижением настроения), позволяют предполагать их преходящий характер в случае коррекции аффективных нарушений. Что касается сочетания психоорганических нарушений и апатии в КГ, то в контексте анализа других данных этой группы больных можно предполагать более стойкий характер этих нарушений, что требует и соответствующей терапии так называемой «органической почвы».

Учет полученных данных, с нашей точки зрения, необходим в диагностике и восстановительной терапии значительной группы пациентов с изученным вариантом коморбидной патологии. Опорными пунктами в дифференциальной диа-

гностике аффективных нарушений при алкогольной зависимости в раннем постабстинентном периоде являются:

1. Очерченные депрессивные картины после купирования явлений интоксикации и сомато-вегетативных признаков синдрома отмены.
2. Сохранение в психическом статусе выраженного тревожно-депрессивного радикала, ассоциированного с легкими когнитивными нарушениями и астенией.
3. Отсутствие алкогольных изменений личности, психопатоподобных и психоорганических нарушений, свойственных больным с люцидным алкоголизмом.

Превалирование аффективных расстройств в структуре синдрома отмены, а также вышеизложенные признаки свидетельствуют о необходимости проведения тщательного анамнестического исследования и диагностики расстройств настроения, коморбидных АЗ. Выявление коморбидной депрессивной патологии с проведением дифференцированной психофармакотерапии в постабстинентном периоде и поддерживающей терапии аффективных расстройств в ремиссии позволяет значительно улучшить качество и продолжительность ремиссии у данного контингента больных.

Заключение

Результаты сравнительного клинического и клинико-психологического исследования больных АЗ, коморбидной с эндогенной аффективной патологией, выявляют ряд особых характеристик возникновения и течения АЗ у этой группы больных. Определены различия АЗ у больных с возникновением этой патологии до и после проявления аффективных расстройств, а также при фазном и хроническом течении аффективных отклонений. Эти результаты позволяют врачам обратить внимание на необходимые детали анамнеза для выявления соответствующих аффективных расстройств, сократить время выявления у больных значимых аффективных расстройств, заметно влияющих на выбор наиболее рациональной терапии в актуальном статусе больных, избежать обычно безрезультатных попыток проведения традиционной противоалкогольной терапии у этих больных, а также составить конкретные прогностические представления о пациентах изученной группы.

Рекомендуемая литература

- a. Альтшулер В.Б., Чердниченко Н.В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. 1992. № 3–4. С. 14–17.
- b. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965.
3. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука. Сиб. отделение, 1988.
4. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1989.
5. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИТЕК, 1976.
6. Балашова Т.Н., Рыбакова Т.Г. Клинико-психологические характеристики и диагностика аффективных нарушений при алкоголизме: Методические рекомендации. Л., 1988.

Приложение

Описание шкал методики МПА

ПЕРВАЯ ТРИАДА: группа социально-психологических мотивов приема алкоголя:

- 1) традиционные, социально обусловленные, культурно распространенные мотивы;
- 2) субмиссивные, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя, «навязывание выпивки»;
- 3) псевдокультурный тип, свидетельствует о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной среды, в которой он живет.

ВТОРАЯ ТРИАДА: группа личностных, персонально значимых мотивов:

- 4) гедонистические, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя, «психосоматический комфорт», а также опыт яркого переживания эйфории;
- 5) атарактические, связанные с желанием нейтрализовать негативные переживания, отрицательные эмоции, напряжение, тревогу, страхи и др. с помощью алкоголя;
- 6) мотивы гиперактивации поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщения стимулами при относительной «сенсорной депривации» с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической «пустоты», незанятости, душевного бездействия либо желание усилить эффективность своего поведения для «храбрости».

ТРЕТЬЯ ТРИАДА: группа собственно патологических мотивов, которые проявляются на клиническом уровне в форме болезненного влечения к алкоголю:

- 7) «похмельные» — стремление с помощью алкоголя снять явления абстинентного синдрома, психофизиологический дискомфорт, связанный с лишением спиртного, улучшить самочувствие, используя алкоголь как лекарство;

- 8) аддиктивные — пристрастие к алкоголю, фиксация в сознании влечения к нему, «жажда опьянения»;
- 9) самоповреждение — стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, с потерей перспективы в будущем, утратой смысла трезвости.

Оглавление

Введение.....	3
Показания и противопоказания к применению пособия.....	5
Материально-техническое обеспечение.....	5
Описание предложения.....	5
Общие клинические характеристики больных АЗ с коморбидной депрессивной патологией.....	5
Особенности АЗ у больных с фазными депрессивными расстройствами.....	12
Особенности АЗ, сочетающейся с хроническими расстройствами настроения.....	16
Эффективность метода.....	19
Заключение.....	22
Рекомендуемая литература.....	23
Приложение.....	24