

Депрессивные расстройства у больных алкогольной зависимостью

КРЫЛОВ Е.Н.

к.м.н, в.н.с. отделения психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, Москва

Депрессивные расстройства (ДР) отмечаются у больных алкогольной зависимостью (АЗ) на всех этапах заболевания с частотой от 20 до 90%. Изучение типологии и структуры ДР у больных АЗ имеет существенное значение для выбора адекватной противорецидивной терапии. Целью исследования являлась разработка методологии выявления ДР у больных АЗ, уточнение их диагностических критериев, типологии, структуры и взаимосвязей с основными синдромами алкоголизма. Обследовано 330 больных АЗ в период существования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и 366 больных АЗ во время ремиссии. В период существования ААС выраженные тревожно-тоскливые ДР отмечались у 95% больных. Тревога редуцировалась за 2,46 дня, недифференцированная гипотимия сохранялась до 5,3 дней. Установлена тесная корреляция ДР с расстройствами сна, ведущими соматовегетативными и неврологическими проявлениями ААС. На этапе формирования терапевтической ремиссии субдепрессивные проявления отмечались у 68% больных в виде тоскливых (28%), дисфорических (25%), астенических (23%) и апатических с раздражительностью (16%) и, существенно реже, тревожно-гипотимных состояний. У больных с обострением патологического влечения к алкоголю (ПВА) с помощью факторного анализа формализованных клинических показателей выявлена тесная взаимосвязь проявлений ПВА и ДР. Таким образом, ДР входят в структуру ведущего проявления клиники алкоголизма — ААС в качестве постоянных, непродолжительных нарушений, а также могут сопровождать один из основных синдромов АЗ — ПВА. Во время терапевтической ремиссии ДР чаще представлены гипотимией с тоскливым, дисфорическим, астеническим, апатическим ведущим аффектом, а тревожные состояния встречаются редко. По мере увеличения продолжительности ремиссии начинают преобладать недифференцированные гипотимии. В дальнейшем они ослабевают и могут не возобновляться.

Очевидная взаимосвязь алкогольной зависимости и депрессивных расстройств является частым предметом обсуждения в специальной литературе [1, 6, 10, 15–17, 23, 24, 26, 27, 29, 32, 33, 41, 44]. Однако, несмотря на многочисленные исследования в этой области, остается еще много спорных вопросов, а выводы различных авторов неоднозначны и противоречивы. Эти противоречия могут быть связаны с использованием различных диагностических критериев депрессий, с недооценкой роли аффективных нарушений в клинике алкоголизма, а также с различными методическими, методологическими подходами и уровнем организации исследований. В ряде случаев исследования проводятся без достаточной стандартизации, что повышает степень субъективизма в оценках и искажает полученные результаты.

Как следует из обзора R. Pary et al. [39], частота депрессивных состояний среди больных алкоголизмом, по данным различных авторов, колеблется от 26 до 60%. В структуре ААС депрессии считаются облигатными расстройствами, их частота превышает 90% [8, 14, 20, 34, 38]. Вместе с тем, и при продолжительных ремиссиях частота депрессивных нарушений сохраняется на уровне 15–30% [2, 3, 22, 25, 40, 41]. Часто депрессивные нарушения сопутствуют обострению ПВА [4, 30, 36].

Структура депрессивных состояний у больных алкоголизмом изучена достаточно полно. В зависимости от характера ведущего элементарного аффекта в соответствии с критериями О.П. Вертоградовой [9] выделяют тревожный, тоскливый, астенодинамический, апатический и дисфорический типы депрессий [7, 14, 37]. Однако значимость отдельных депрессивных проявлений, их «иерархия», а также взаимоотношения с другими симптомами алкоголизма не нашли должного отражения в современных исследованиях. Разработка этих вопросов остается актуальной как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Депрессивные нарушения, оформляющиеся в разнообразные синдромы, представляют отдельную серьезную диагностическую и терапевтическую проблему [5, 12, 18, 26, 28, 42]. В.В. Ковалев [19] относил депрессию при алкоголизме к сомато-психическим (в широком смысле) расстройствам соматогенного (в частности, интоксикационного) происхождения, которые проявляются дистимическими, тревожно-депрессивными и другими состояниями. И.В. Бокий и В.Г. Тресков [8, 25] разграничили три варианта развития аффективной патологии у больных алкоголизмом:

1) углубление преморбидных тенденций к депрессивному реагированию на различные отягчающие факторы или склонности к формированию депрессивных расстройств;

2) вторичные («нажитые») аффективные нарушения, являющиеся признаками формирующейся токсической энцефалопатии;

3) невротические образования, включающие в себя различную аффективную симптоматику. Существуют и другие гипотезы происхождения аффективных расстройств у больных алкоголизмом. Вместе с тем, при исследовании коморбидности алкогольной зависимости и депрессивных расстройств наименее изученными оказались клинические аспекты проблемы — психопатология депрессий, сочетающихся с алкоголизмом [13]. Изучение типологии депрессий у больных алкоголизмом имеет существенное значение для адекватного выбора методов противорецидивной терапии.

Цель исследования

Разработка методологии выявления, уточнения диагностических критериев, типологии ДР и их взаимосвязей с основными синдромами алкоголизма для повышения качества лечебно-реабилитационного процесса у больных АЗ на различных этапах заболевания.

Материалы и методы исследования

Для выполнения задач исследования было проведено в условиях отделения психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ и Московской психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского обследование трех групп больных мужского пола в возрасте от 26 до 60 лет (средний возраст – $38,4 \pm 1,51$ года), у которых в соответствии с критериями МКБ-10 диагностировалась 2-я стадия АЗ и психические непсихотические расстройства, преимущественно с депрессивными симптомами. Критериями исключения из исследования являлись перенесенные в прошлом тяжелые черепно-мозговые травмы, неврологические, психические (в том числе выраженные психопатические черты характера) и соматические заболевания (в стадии обострения или декомпенсации).

Первую группу составили 330 больных алкоголизмом с выраженными психопатологическими, неврологическими и соматовегетативными проявлениями ААС. Средний возраст больных составил $37,6 \pm 1,54$ года. Во 2-ю группу вошли больные алкогольной зависимостью (181 чел., средний возраст – $36,4 \pm 1,47$ года), обратившиеся в клинику в постабстинентном периоде или во время ремиссии с жалобами на появление или обострение влечения к алкоголю и снижение настроения. Больные 3-й группы (106 чел., средний возраст – $41,0 \pm 1,48$ года) проходили обследование и лечение в связи с актуализацией влечения к алкоголю и ДР на различных этапах терапевтических ремиссий.

Для формализации учетных признаков и обеспечения стандартизации исследования использовались квантификационные карты: «Индивидуальная оценочная карта выраженности симптомов ААС», «Оценочная карта учета патологического влечения к алкоголю», «Карта оценки ремиссий у больных алкоголизмом», «Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма» [11, 12, 20, 21]. В перечисленных картах часть признаков оценивалась по их наличию или отсутствию.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistics (1995 г.) в среде Windows, параметрических (критерий Стьюдента, долевой критерий Стьюдента) для нормального распределения показателей и непараметрических критериев (коэффициент корреляции рангов Спирмена критерий знаков, критерий Фишера) для распределений показателей, отличающихся от нормальных. Проводился корреляционный и факторный анализ полученных данных. Различия между показателями признавались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследования

Полученные результаты выявили высокую представленность ДР на всех этапах течения алкоголизма. По типу первичного аффекта ДР оказались полиморфными и неоднородными при всех изучавшихся состояниях.

В структуре ААС депрессивные проявления наблюдались очень часто (депрессия – у 96,4% больных, тревога – у 96,2% больных). Они оказались по критерию знаков характерными для группы симптомов в целом ($P < 0,01$). Помимо ДР в структуре ААС значимыми оказались также тремор, гипергидроз, нарушения сна, анорексия, атаксия тела в позе Ромберга, жажда, тахикардия, влечение к ал-

коголю ($P < 0,01$), артериальная гипертензия, одышка, озноб ($P < 0,05$). В случае преобладания депрессивных или тревожных проявлений какой-либо связи с преморбидными особенностями личности выявлено не было, что может быть связано с «депрессогенным» эффектом хронической интоксикации алкоголем. Четкой зависимости выраженности и продолжительности ДР от особенностей течения заболевания проследить не удалось.

Тревожно-депрессивные расстройства были представлены «внутренним» беспокойством, пугливостью, тоскливой подавленностью, идеями самообвинения с преимущественно «алкогольным» содержанием. Больные были неусидчивы, моторной заторможенности не отмечалось. Выявлялась неустойчивость внимания, отвлекаемость, трудность сосредоточения, замедление темпа интеллектуальной деятельности. При однонаправленной обратной динамике ДР была выявлена различная скорость их редукции, которая не находилась в прямой зависимости от первоначальной выраженности симптомов. Продолжительность тревоги не превышала длительности острого периода ААС и составила $2,5 \pm 0,33$ дня. Существенно длительнее сохранялось тоскливое настроение ($4,3 \pm 0,51$ дня) (табл. 1).

С целью установления внутренней связи между симптомами был осуществлен факторный анализ. Для математического анализа результаты, полученные в 1-, 2-, 3-, 5- и 7-й дни обследования больных были объединены в общую матрицу и на ее основе вычислена главная компонента. Фактор «тяжесть ААС» объединил 14 симптомов с высокими факторными нагрузками (от 0,6 до 0,8). Из аффективных проявлений в фактор вошли тревога и депрессия с очень высокими факторными нагрузками, что подчеркивает их высокую значимость в структуре ААС. Было установлено, что динамика ААС главным образом связана

Таблица 1
Фактор тяжести «похмельного синдрома»

Наименование симптома	Факторная нагрузка
Тревога	0,861
Нарушение аппетита	0,848
Тремор	0,773
Влечение к алкоголю	0,732
Тахикардия	0,731
Тошнота	0,729
Атаксия в позе Ромберга	0,722
Нарушение сна	0,720
Тахипноэ	0,715
Депрессия	0,713
Жажда	0,708
Озноб	0,705
Повышенное потоотделение	0,696
Патологические сновидения	0,683
Дисперсия фактора	0,83

Депрессивные проявления у больных
в период обострения влечения к алкоголю

Наименование симптома	% больных
<i>Гипотимия:</i>	
пониженное настроение в виде скуки	9
неспособность радоваться	14
мрачная утрюмость, молчаливость	30
заниженная самооценка	16
<i>Дисфория:</i>	
раздражительность с тоскливостью	9
резкие ответы, придирки	34
агрессия, порча вещей	8
<i>Общий дискомфорт</i>	34
<i>Апатия:</i>	
снижение интересов к работе	11
к ТВ, чтению	27
к близким	33
<i>Астения:</i>	
снижение активности в работе	35
замедление темпа в работе, ошибки	24
<i>Необщительность</i>	10
<i>Сокращение ночного сна:</i>	
на 1 час	11
на 2 часа	17
<i>Тревога:</i>	
суетливость, непоседливость	17
легкая неопределенная тревожность	20
Число больных	181

со скоростью редукции ведущих симптомов: тревоги, нарушений сна и тремора. Это позволило отказаться от понятия *многомерность*, которое базируется на том, что наблюдаемые клинические симптомы являются внешними признаками заболевания, а за ними стоит небольшое число недоступных прямому измерению факторов, объясняющих разнообразие симптомов. Полученные данные позволяют в новом качестве оценить эффективность фармакологических препаратов, используемых при купировании ААС.

В результате клинических исследований, проведенных в период существования ААС, установлено, что депрессивные проявления входят в структуру синдрома в качестве облигатных симптомов. Нарушения настроения представляются недлительными, но выраженными тревожными и депрессивными расстройствами, тесно связанными с ведущими симптомами ААС, совместно с которыми достаточно точно отражают тяжесть ААС и его динамику.

В постабстинентном периоде влечение к алкоголю появлялось или обострялось в среднем через $10,8 \pm 0,87$ дня. У 37% больных оно появлялось на фоне ухудшения самочувствия, сопровождавшегося субдепрессивными расстройствами, у 17% больных — сочеталось с явлениями «сухой абстиненции» (пониженное настроение с напряженностью и вегетативными расстройствами). Во время ремиссии более чем у половины больных влечение к алкоголю исчезало сразу после лечения, у остальных ослабевало постепенно на протяжении 2–6 мес. У 40% больных актуализация влечения происходила беспричинно, у трети была приурочена к окончанию условного (оговоренного) срока трезвости, у другой трети провоцировалась внешней ситуацией.

Частотный анализ депрессивных проявлений, сопутствующих обострению ПВА, показал преобладание гипотимных (78% наблюдений), дисфорических (71% наблюдений) и апатических расстройств (70% наблюдений). У большинства больных ДР были представлены пониженным настроением с раздражительностью, общим дискомфортом, снижением интересов и работоспособности. Тревожные расстройства, необщительность, депрессивная отгороженность и нарушения сна отмечались существенно реже.

В табл. 2 представлена частота различных депрессивных проявлений у обследованных больных в период обострения ПВА. Преобладали непродолжительные (от 2 до 7 дней) гипотимные, дисфорические, астенические и апатические расстройства. Тревога и аутистические тенденции, а также расстройства сна отмечались существенно реже.

Для выявления взаимосвязей между основными характеристиками формирования алкоголизма, проявлениями ПВА и сопутствующими ДР был проведен факторный анализ полученных данных.

Первый фактор включает практически все возрастные и временные характеристики процесса становления и развития алкоголизма. Выделение признаков, «ответственных» за фактор, оказалось затруднительным, так как 7 признаков вошли в фактор с практически одинаково высокими факторными нагрузками (0,88–0,90) при дисперсии фактора — 0,93. Вероятно, наиболее важными из них являются признаки, определяющие быстроту формирования и тяжесть течения алкоголизма: возраст начала заболевания, возраст появления ААС и возраст изменения характера пьянства. Эти характеристики самым тесным образом связаны между собой и, возможно, определяют прогрессивность заболевания. Ни один из признаков, харак-

теризующих сопутствующие ДР, средовые условия, социальный статус и другие, в первый фактор не вошел, что свидетельствует о малой зависимости прогрессивности заболевания от этих признаков.

Второй фактор объединил различные ДР и проявления влечения, устраняемые алкоголем, и выявил их тесную взаимосвязь (табл. 3). По мере убывания факторных нагрузок (от 0,75 до 0,44, дисперсия фактора — 0,50) в фактор вошли гипотимия, снижение интересов, аутистические тенденции, неопределенный дискомфорт, дисфория, астения, тревога, уменьшение продолжительности ночного сна, ухудшение самочувствия при появлении влечения к алкоголю, а также готовность для реализации влечения к семейным скандалам и нарушению трудовой дисциплины. Фактор указывает на следующие возможные закономерности в структуре алкогольной зависимости: тесную взаимосвязь различных проявлений влечения к алкоголю, связь условий его возникновения и форм выражения; высокую значимость ДР и компонентов влечения к алкоголю.

Корреляционный анализ всех наблюдений (144 признака по 181 наблюдению) подтвердил тесную связь между временными характеристиками формирования алкоголизма и проявлениями влечения к алкоголю (табл. 4).

Результаты корреляционного анализа (с высокими коэффициентами корреляции 0,42–0,87) в значительной степени совпали с данными факторного анализа. Была подтверждена существенная взаимосвязь (коэффициенты корреляции от +0,52 до +0,55) между различными депрессивными проявлениями в период обострения влечения к алкоголю: пониженное настроение — дисфория, необщительность, дискомфорт; астения и астения — апатия (коэффициент корреляции +0,52).

Клинические особенности течения алкоголизма в характеристиках влечения к алкоголю и ДР были изучены

**Депрессивные проявления у больных
в период обострения влечения к алкоголю**

Наименование признака	Факторная нагрузка
<i>Депрессивные расстройства:</i>	
Пониженное настроение	0,75
снижение интересов к работе	0,71
необщительность	0,70
неопределенный дискомфорт	0,69
дисфория	0,66
астения	0,62
тревога	0,50
уменьшение длительности ночного сна	0,41
суетливость	0,39
<i>Снижение настроения, предшествующее появлению влечения</i>	0,45
<i>Для реализации влечения готов на скандалы в семье</i>	0,44
<i>Для реализации влечения готов на нарушения трудовой дисциплины</i>	0,44
Дисперсия фактора	0,50

при сравнительном анализе двух групп больных: с тяжелым и легким течением заболевания. С помощью коэффициентов множественной регрессии были выделены два наиболее значимых признака, определяющих тяжесть АЗ: снижение квалификации и падение толерантности к алкоголю в конце запоя (переходный признак к началу 3-й стадии алкоголизма). В соответствии с выделенными критериями были сформированы 2 группы больных (табл. 5). Группу больных с «тяжело» протекающим алкоголизмом составили 23 чел., а группу больных с относительно «легким» течением — 59 чел. При сопоставлении полученных анамнестических и клинических данных были выявлены некоторые различия в группах больных. Больные с «тяжелым» течением были на 1,5 года моложе (средний возраст соответственно составил $36,5 \pm 1,9$ и $37,95 \pm 1,0$ года), они в 2 раза чаще воспитывались неправильно ($P < 0,05$), у них чаще возникали психогенные реакции на конфликтные ситуации (соответственно 43 и 10%, $P < 0,01$), среди них было меньше лиц с высшим образованием (соответственно 4,3 и 20,3%, $P < 0,05$). При тяжелом течении алкоголизма чаще встречались судимости (соответственно 26 и 5%, $P < 0,05$), большую долю составляли больные, не имеющие семьи (44 и 12%, $P < 0,05$). Если же больные состояли в браке, то их жены чаще ($P < 0,05$) страдали алкоголизмом (35% наблюдений), чем жены больных с легким течением заболевания (2%). Отношения с женами у больных с тяжелым течением алкоголизма чаще были конфликтными (соответственно 65 и 21%, $P < 0,01$), значительно большей была доля разведенных (68 и 31%, $P < 0,05$). При тяжелом течении алкоголизма конфликты в связи с пьянством возникали на несколько лет раньше (соответственно — $22,3 \pm 1,1$ и $28,0 \pm 0,8$ года, $P < 0,05$), раньше возникало псевдозапойное (многодневное) пьянство ($26,4 \pm 0,7$ и $30,1 \pm 0,1$ года, $P < 0,05$), существенно чаще к концу запоя отмечалась непереносимость алкоголя (65,2 и 13,6%, $P < 0,001$). Обрыв запоя чаще был связан с возникновением тяжелого состояния, а не с конфликтами дома и на работе (43 и 73%, $P = 0,05$) и отсутствием денег (14 и 34%, $P < 0,05$). В группе больных с тяжелым течением была выявлена тенденция к более раннему формированию ААС ($27,3 \pm 1,8$ и $30,4 \pm 0,7$ года), а также к более продолжительному его течению за последний год. Чаще отмечались изменения личности (82 и 59%, $P < 0,05$), чаще возникали алкогольные психозы (23 и 3%, $P < 0,05$). Больные с тяже-

лым течением алкоголизма чаще ранее проходили стационарное лечение (78 и 49%, $P < 0,05$), продолжительность ремиссий у них была короче ($P < 0,05$), чем в группе больных с легким течением алкоголизма ($12,8 \pm 2,6$ и $25,4 \pm 3,9$ мес.). Была выявлена тенденция к более раннему (на 2 года) возникновению влечения к опьянению при тяжелом течении заболевания, а к концу запоя у больных этой группы оно чаще исчезало (77 и 54%, $P = 0,05$). При этом влечение чаще выражалось в приятных воспоминаниях о выпивках (70 и 43%, $P < 0,05$), в разговорах на тему о потреблении спиртного (70 и 48%, $P = 0,05$), чаще встречалось отчетливое стремление к опьянению (83 и 64%, $P = 0,05$). Имелись различия в частоте соматовегетативных нарушений, сопровождавших влечение к алкоголю. При тяжелом алкоголизме чаще встречались соматические жалобы (61 и 36%, $P < 0,05$) и нейровегетативные нарушения (35 и 17%, различия на уровне тенденции к достоверности). Влечение намного чаще актуализировалось при виде винного магазина, пьяных, просмотре соответствующих сцен в кинофильмах (61 и 37%, $P = 0,05$). Оказалось, что у больных обеих групп одни и те же факторы с одинаковой частотой тормозят появление влечения (насыщение пищей, отдых, интересные занятия, сексуальная удовлетворенность).

При тяжелом течении заболевания влечение к алкоголю возникало в разное время дня, при легком течении — чаще к концу работы и после работы (39 и 61%, различия на уровне тенденции к достоверности). Внешние обстоятельства чаще могли подавить влечение к алкоголю у больных с легким течением болезни (97 и 83%, различия на уровне тенденции к достоверности). Однако его интенсивность была выше при тяжелом течении заболевания, когда больные чаще были готовы ради удовлетворения влечения пойти на скандал в семье (65 и 36%, $P < 0,05$), на обман (87 и 46%, $P < 0,001$), нарушение трудовой дисциплины (61 и 29%, $P < 0,05$), чаще готовы были «пропить» вещи (30 и 3%, $P < 0,05$).

В двух выделенных группах были выявлены различия в частоте возникновения и структуре ДР, сопутствующих обострению первичного ПВА. У больных с тяжелым течением алкоголизма ДР появлялись чаще в меньшей зависимости от каких-либо внешних факторов и психотравмирующих ситуаций (64 и 22%, $P < 0,01$). Чаще отмечалось их практически внезапное (пароксизмальное) начало (58 и 27%, $P < 0,05$) и чаще для устранения тоскливо-дис-

Связь основных показателей процесса формирования алкоголизма с характеристиками депрессивных расстройств и патологического влечения к алкоголю

Наименование признака	Наименование признака	Коэффициент корреляции	Число больных
Продолжительность ремиссии	Длительность отсутствия влечения	+0,87	89
Возраст утраты количественного контроля	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,80	170
Возраст появления ААС	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,80	171
Возраст начала псевдозапов	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,79	162
Возраст изменения характера опьянения	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,77	136
Возраст начала конфликтов в связи с пьянством	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,76	166
Возраст начала заболевания	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,74	173
Возраст появления амнезий	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,72	163
Возраст утраты ситуационного контроля	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,69	141
Возраст изменения характера пьянства	Возраст появления влечения к алкоголю	+0,65	100
Готовность к скандалам в семье при обострении влечения к алкоголю	Нарушение трудовой дисциплины для реализации влечения	+0,56	72
Пониженное настроение при обострении влечения	Дисфория при обострении влечения	+0,55	128
Пониженное настроение при обострении влечения	Необщительность при обострении влечения	+0,53	92
Пониженное настроение при обострении влечения	Дискомфорт при обострении влечения	+0,52	126
Астения при обострении влечения	Снижение интересов при обострении влечения	+0,52	121
Патологические реакции на конфликты	Продажа вещей для реализации влечения	+0,44	173
Возраст изменения характера пьянства	Длительность отсутствия влечения в ремиссии	+0,44	173
Длительность светлых промежутков за последний год	Длительность отсутствия влечения после запоя	+0,44	145
Возраст появления ААС	Раздражительность как проявление влечения	+0,42	177

Таблица 5

Частота возникновения и структура депрессивных расстройств при обострении влечения к алкоголю у больных с легким и тяжелым течением заболевания

Признаки	Тяжелое течение	Легкое течение	Р
Частота депрессий	64%	22%	< 0,01
Внезапное начало	58%	27%	< 0,05
Употребление алкоголя для устранения депрессии	48%	22%	< 0,05
Мрачная утрюмость с молчаливостью и злобностью	17%	5%	Тенденция
Снижение интереса к близким	37%	17%	= 0,05

форических расстройств больные употребляли алкоголь (48 и 22%, $P < 0,05$). Зависимость скорости развития ДР от интенсивности злоупотребления алкоголем и прогрессивности алкоголизма может быть соотнесена с феноменом киндлинга (kindling). В основе феномена киндлинга, описанного G.V. Goddard et al. (1969), J.C. Ballenger (1988), лежит клиническая закономерность, выражающаяся в нарастании по мере течения заболевания скорости возникновения и развития аффективной симптоматики у больных депрессиями. При возникновении ДР больным с тяжелым течением алкоголизма чаще была свойственна внутренняя напряженность (48 и 22%, $P < 0,05$), мрачная

утрюмость с молчаливостью и злобностью (17 и 5%, различия на уровне тенденции к достоверности), чаще отмечалось снижение интереса к близким людям (39 и 17%, $P = 0,05$).

Проведенный сравнительный анализ показал, что более тяжелому течению алкоголизма соответствует структура влечения с гораздо большей представленностью соматовегетативных и нейровегетативных нарушений и большей выраженностью тоскливо-дисфорических депрессивных расстройств, а также с более частым беспричинным (внеситуационным) и пароксизмальным их возникновением. Все это отражает тенденцию к «эндогени-

зации» первичного ПВА и сопутствующих ему ДР у больных с тяжелым течением алкоголизма. Подтверждением этого явился также и тот факт, что эти больные не способны к длительному сопротивлению возникшему влечению, а для его реализации гораздо чаще нарушают различные социально-нравственные запреты.

Таким образом, ДР, сопутствующие обострению влечения к алкоголю, представлены неглубокими, непродолжительными гипотимными, дисфорическими, апатическими и нейровегетативными проявлениями. Вместе с тем, они могут выступать в качестве одного из ведущих «факторов риска» развития рецидива заболевания.

На этапах формирования терапевтических ремиссий была установлена различная представленность ДР. В период становления ремиссии (первые 2–3 мес. воздержания от употребления алкоголя) непродолжительные субдепрессивные расстройства отмечались у 57,5% больных. У половины из них эти расстройства сопровождались идеаторными проявлениями влечения к алкоголю. Остальные пациенты отрицали влечение к алкоголю, но все же испытывали дискомфорт и напряжение в «алкогольной» ситуации, что могло указывать на «маскированные» формы влечения к опьянению.

Субдепрессивные расстройства распределились следующим образом (табл. 6, рисунок): гипотимные состояния с подавленностью и адинамией наблюдались у 28% больных; дисфорические проявления – у 25% больных; астенические – у 23% больных; апатические – у 16% больных. Тревожно-гипотимные состояния отмечались существенно реже (8% больных). Возникновение различных по структуре ДР, скорее всего, связано с преморбидными личностными особенностями больных. Практически все формы депрессий можно было отнести к дисгармоническим субдепрессивным состояниям. Не было выявлено витальных депрессивных проявлений, моторной и идеаторной заторможенности. Субдепрессивные расстройства сочетались с лабильностью аффекта в течение дня, периодически появляющейся напряженностью и раздражительностью.

При гипотимных состояниях больные были подавлены, обнаруживали невысокую самооценку и недостаточную уверенность в своих силах. При преобладании дисфорических проявлений были несколько напряжены, мрачны, молчаливы. Астено-депрессивные состояния сопровождались вялостью, сонливостью, а также периоди-

чески усилившейся раздражительностью. Апатические проявления также сочетались с раздражительностью, проявлялись пассивностью, снижением интересов к окружающему. При тревожно-депрессивных расстройствах больные были неусидчивы и раздражительны.

В период сформировавшейся ремиссии 34% больных периодически отмечали непродолжительные расстройства настроения с эмоциональным напряжением и связанным с трезвым образом жизни дискомфортом, а также с нетерпеливостью, обидчивостью. При этом не отмечалось доминирования гипотимных проявлений (рис. 1). Чаще в структуре ДР наблюдались раздражительность (55% случаев), апатия с чувством скуки и «пустоты» (25% больных); расстройства настроения с тоскливостью и подавленностью (17% больных). Тревожно-тоскливые состояния встречались редко (3% больных). Субдепрессивные расстройства проявлялись несколько интенсивнее во вторую половину дня и в вечернее время. В 8% наблюдений ДР стали возможными причинами «срыва» и рецидива. У 30% больных субдепрессивные расстройства сочетались с интрасомническими и постсомническими нарушениями сна. Почти у половины обследованных (47%) возникали сновидения «алкогольного» содержания. По мере увеличения продолжительности ремиссий ДР постепенно ослабевали и в дальнейшем исчезали.

Выводы

1. Депрессивные расстройства в качестве постоянных нарушений входят в структуру ведущего проявления клиники хронического алкоголизма – ААС, а также часто могут сопровождать один из основных синдромов алкогольной зависимости – первичное ПВА.

2. Депрессии у больных АЗ являются дисгармоническими и диссоциированными. Чаще всего в депрессивной триаде отсутствуют или слабо представлены моторная и идеаторная заторможенность, депрессивная деперсонализация, телесные проявления тоски, четкие суточные колебания настроения, а депрессивные идеи самообвинения и самоуничтожения в большей мере привязаны к «алкогольной» тематике.

3. Депрессивные расстройства по выраженности и глубине относятся к субдепрессивным нарушениям, реже наблюдаются более тяжелые депрессии с антивитальными настроениями и суицидальными мыслями. Депрессии у

Таблица 6

Депрессивные расстройства у больных алкоголизмом на различных этапах ремиссии

Депрессивные расстройства	Период становления ремиссии (3 мес.)	Период сформировавшейся ремиссии (12 и более месяцев)
Гипотимия (%) число больных	28 17	17 6
Дисфория (%) число больных	25 15	55 20
Астения (%) число больных	23 14	0 0
Апатия (%) число больных	16 10	25 9
Тревога (%) число больных	8 5	3 1
Общее число больных	61	36

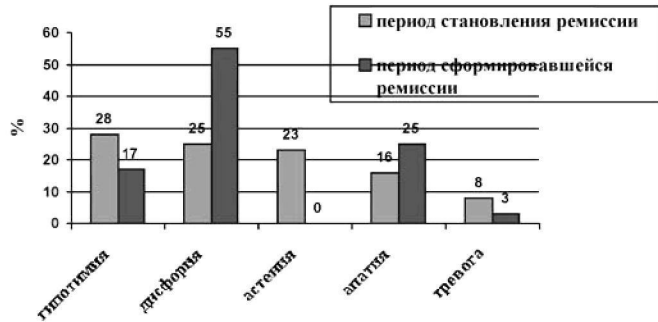


Рис. 1. Структура депрессивных расстройств у больных алкоголизмом в ремиссии

больных АЗ полиморфны и неоднородны по типу первичного элементарного аффекта.

4. В генезе и оформлении первичного элементарного депрессивного аффекта у больных хроническим алкоголизмом существенную роль играют преморбидные личностные особенности в виде астенических, психастенических и возбудимых характерологических черт. В преморбиде нередко встречаются такие черты характера, как заниженная самооценка, неустойчивые интересы с пассивными позициями, гедонистические установки, ориентация не на «духовные», а на материальные ценности.

5. В период существования ААС выраженность тревожных, тоскливых и апатических депрессивных проявлений тесно связана с тяжестью соматовегетативных, неврологических расстройств, острых инсомнических нарушений с дезорганизацией и деструктуризацией ночного сна. Во время существования похмельного синдрома отсутствует четкая прямая зависимость ДР от наличия и выраженности вторичного ПВА. Тревожные проявления редуцируются обычно по завершении острого периода ААС, ДР могут сохраняться до двух недель.

6. Депрессивные проявления нередко (37% наблюдений) предшествуют актуализации первичного ПВА, являясь в дальнейшем коморбидными ему. В этот период ДР определяют клиническую картину состояния, могут сопровождаться соматовегетативными расстройствами. Для больных в этот период характерно эмоциональное реагирование с раздражительностью, обидчивостью, лабильностью эмоций, нетерпеливостью.

7. Депрессивные расстройства не определяют степень прогрессивности хронического алкоголизма. Вместе с тем, в отличие от тоскливых расстройств с идеями виновности, прогностически более неблагоприятны апатические и дисфорические проявления, приводящие к реализации влечения к алкоголю без «борьбы мотивов».

8. Для периода становления ремиссий у больных алкогольной зависимостью характерны депрессивные состояния с гипотимией, дисфорией, астенией. Реже наблюдается субдепрессия с апатией. Тревожные расстройства практически не возникают. ДР (особенно апатические и дисфорические) во многом определяют качество ремиссий и нередко являются причиной эпизодических употреблений алкоголя и рецидива заболевания.

9. По мере увеличения продолжительности ремиссии в структуре аффективных расстройств преобладают гипотимии и реже дисфории, могут отмечаться психогенно-спровоцированные затяжные субдепрессии по типу дистимий. В дальнейшем ДР ослабевают и могут не возобновляться.

Список литературы

1. Авербах Я.К. Рецидивы хронического алкоголизма: Дис. канд. мед. наук. — М., 1963. — 420 с.
2. Александрова Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1985. — 220 с.
3. Александрова Н.В., Гофман А.Г., Крылов Е.Н. и др. Аффективные эквиваленты первичного патологического влечения к алкоголю и их купирование // Современные методы биологической терапии психических заболеваний: Международная конференция: Тезисы докладов. — М., 1994. — С. 5.
4. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
5. Анохина И.П. Алкоголизм и депрессии — взаимосвязь биологических механизмов // Рос. психиатр. журн. — 1998. — № 6. — С. 30—33.
6. Ануфриев А.К., Тресков В.Г. Разновидности алкогольной абстиненции // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова. — 1984. — Т. 84. — В. 2. — С. 249—254.
7. Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: Методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний. — М.: ВНИИЗ АМН СССР, 1990. — 112 с.
8. Бокий И.В. Аффективные нарушения у больных алкоголизмом и вопросы терапии // Аффективные нарушения при алкоголизме: Сборник научных трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1983. — С. 5—9.
9. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова. — 1983. — Т. 83. — В. 8. — С. 1189—1194.
10. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н. и др. Принципы лечения больных алкоголизмом психотропными средствами: Методические рекомендации Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1990. — 17 с.
11. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н. и др. Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма: Методическое пособие Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1991. — 28 с.
12. Гофман А.Г., Александрова Н.В., Граженский А.В. и др. Терапевтические ремиссии и рецидивы алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — Т. 7, № 1. — С. 39—44.
13. Гофман А.Г., Ойфе И.А. Алкоголизм и эндогенные депрессии // Депрессии и коморбидные расстройства. — М., 1997. — С. 124—136.
14. Гофман А.Г., Александрова Н.В., Граженский А.В. и др. Депрессивные нарушения в структуре основных синдромов алкоголизма и их купирование: Пособие для врачей. — М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, 1999. — 23 с.
15. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
16. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, противорецидивная терапия. — СПб.: Элби-СПб, 2002. — 192 с.
17. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. О типологии аффективных нарушений при алкоголизме // Аффективные нарушения при алкоголизме: Сборник научных трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — Л.: 1983. — С. 9—13.
18. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 2. — С. 6—24.
19. Ковалев В.В. Депрессия в свете проблем психосоматических взаимоотношений // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике (вопросы диагностики и терапии): Сборник научных трудов (республиканский) Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1984. — С. 5—11.
20. Крылов Е.Н., Литвинцева А.З., Магалиф А.Ю. и др. Оценка выраженности алкогольного абстинентного синдрома и эффективности его терапии // Вопросы патогенеза, клиники и лечения алкогольных заболеваний: Московская научно-практи-

ческая конференция, 2-я, психиатров-наркологов: Тезисы докладов. — М., 1984. — С. 19—21.

21. Крылов Е.Н., Немцов А.В. Методика учета влечения к алкоголю // Проблемы наркологии-89: Сборник научных трудов (республиканский) Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1989. — С. 68—72.

22. Крылов Е.Н. Аффективные расстройства в клинике алкоголизма // Аффективные и психозаффективные расстройства: Материалы Российской конференции. — М., 2003. — С. 212—213.

23. Лукомский И.И., Никитин Ю.И. Лечение психических расстройств при алкоголизме. — Киев: Здоровье, 1977. — 160 с.

24. Марковская Н.С. Депрессивные состояния в клинике алкоголизма // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова. — 1991. — Т. 91. — В. 4. — С. 86—90.

25. Тресков В.Г. Аффективные расстройства у больных алкоголизмом вне периодов злоупотребления спиртным // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова. — 1986. — Т. 86. — В. 6. — С. 918—922.

26. Ураков И.Г., Рохлина М.Л. Роль аффективной патологии в патогенезе хронического алкоголизма // Аффективные нарушения при алкоголизме: Сборник научных трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1983. — С. 13—17.

27. Шумский Н.Г. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 251—328.

28. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. — М., 1994. — Т. 1. — 232 с.; Т. 2. — 172 с.

29. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 328 с.

30. Anton R.F. Measurement characteristics of the obsessive compulsive drinking scale (OCDS) in relationship to alcohol craving during treatment evaluation and outcome studies // Abstr. Congress, 6th, Eur. Soc. Biomed. Res. Alcohol: Alcohol and Alcohol. — 1997. — Vol. 32, № 3. — P. 344.

31. Ballenger J.C. Clinical use of carbamazepine in therapy of affective disorders // Journ. Clin. Psychiat. — 1988. — Vol. 49, № 4 (Suppl.). — P. 13—19.

32. Crocq M.-A. Depression and alcohol // WPA Bull. On Depression: Facing, Understanding, and Managing Depression. — 2001. — Vol. 5, № 23. — P. 3—6.

33. Feuerlein W. Zur Diagnostik des chronischen Alkoholismus // Off. Gesundheitsw. — 1987. — Bd 49, № 10. — S. 522—527.

34. Gross M.M. Психобиологические аспекты синдрома алкогольной зависимости: выборочный обзор материала последних исследований // Нарушения, связанные с потреблением алкоголя / Под ред. J. Edwards et al. — Женева: ВОЗ, 1978. — С. 99—119.

35. Goddard G.V., Macintyre D.C., Leech C.K. A permanent change in brain function resulting from daily electrical stimulation // Exp. Neurol. — 1969. — Vol. 25. — P. 295—330.

36. Logan J. Relapse and the alcoholic/addict // Abstr. Int. Conf., 11th, Alcohol, Liverpool: Alcohol and Alcohol. — 1999. — Vol. 34, № 1. — P. 107.

37. Lfo H., Rein W., Souche A. Psychopathological and sociodemographic characteristics of 1231 depressed patients with and without co-existing alcoholism // Psychiatr. et Psychobiol. — 1990. — Vol. 5, № 4. — P. 249—255.

38. Kranzler H.R., Babor T.F. The identification and treatment of alcohol abuse and dependence // Ann. Clin. Psychiat. — 1990. — Vol. 2, № 4. — P. 229—238.

39. Pary R., Lippmann St., Tobias C.R. Depression and alcoholism: Clinical considerations in management // South. Med. Journ. — 1988. — Vol. 81, № 12. — P. 1529—1533.

40. Pelc I. Prevention des rechutes // Rev. Med. Bruxelles. — 1997. — Vol. 18, № 4. — P. 272—276.

41. Schuckit M.A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. — New York & London: Third Ed., Plenum Medical Book Company, 1989. — 307 p.

42. Schuckit M.A., Tipp J.E., Smith T.L. et al. Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1853 men and women // Stud. Alcohol. — 1997. — Vol. 58, № 6. — P. 581—589.

43. Schuckit M.A., Tipp J.E., Bergman M. et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics // Journ. Psychiat. — 1997. — Vol. 154, № 7. — P. 948—957.

44. Winokur G. Alcoholism and depression in the same family // Alcoholism and Affective Disorders. — New York: Medical and Scientific Books, 1979. — P. 49—56.

DEPRESSIVE DISORDERS IN ALCOHOL ADDICTS

KRYLOV E.N. Cand.med.sci., Head researcher, Moscow Sci-researcher
Institute of psychiatry of Russian Public Health Ministry

Depressive disorders can be observed with frequency from 20% to 90% at all the stages of alcoholism. The study of typology and structure of depressive disorders in alcohol addicts plays an important role in choosing adequate anti-relapse therapy.

The goal of the study was to work out the methodology of revealing depressive disorders in alcoholics. Another goal was to specify the diagnostic criteria, typology and structure of depressive disorders and to define interrelation between basic symptoms of alcoholism and depressive disorders.

330 II stage alcohol addicts (mean age 37,6 ± 1,54 years) were psychometrically examined during existence of alcohol withdrawal syndrome. The other group of 287 II stage alcohol addicts (mean age 36,3 ± 1,48 years) was psychometrically examined in remission. During existence of alcohol withdrawal syndrome severe depressive disorders (mostly melancholy and anxiety) were diagnosed in 95 % of patients and turned out to be characteristic for the whole group (P<0,001). The reduction of depressive disorders was non-uniform. Anxiety was reduced faster (mean 2,46 days), than hypothyria (mean 5,3 days). Depressive disorders closely correlated with sleep-related disorders, main somato-vegetal and neurologic symptoms of alcohol withdrawal syndrome. At the stage of forming of therapeutic remission sub-depressive disorders were registered in 68% of patients. Those sub-depressive disorders included hypothyria (28%), dysphoria (25%), asthenia (23%), apathy with nervousness (16%) and rarely anxiety with hypothyria (8%). Close interrelationship of affective disorders, neuro-vegetal disorders and alcohol craving manifestation was revealed by means of factorial analysis of formalized clinical data.

Thus, short-term depressive disorders are always a part of alcohol withdrawal syndrome and often go along with craving for alcohol. At different stages of therapeutic remission depressive disorders often display as hypothyria, dysphoria and asthenia, while anxiety is very rare. Slow motor and mental functions, depersonalization, physical signs and day's mood changes were absent or rare in the structure of disharmonic depressive triad. As remission becomes longer hypothyria starts to prevail more often than dysphoria, slight provoked exogenous dysthymia can be registered as well. Later on these disorders decrease and may never resume.