

**Николаев В.М., Столяренко Е.А.**

## **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА**

Эмоциональная патология сейчас признана патогномоничной для алкоголизма. Об этом писали А.А.Портнов, 1962, И.В.Стрельчук, 1970, 1980, А.Л.Игонин, 1975, Л.П.Гирич, 1975, Д.Д.Федотов, 1977, Н.И.Иванец, 1981, и другие. Эмоциональные расстройства отрицательного полюса сопровождают все острые симптомы алкоголизма, возникают в светлых промежутках (С.Г.Жислин, И.Вильсон, 1970). Эмоциональная патология тем более выражена, чем длительнее алкоголизм (И.В.Стрельчук, 1980, Л.П.Гирич, 1975).

Есть данные, что эмоциональная патология может предшествовать алкоголизму и быть наследственно обусловлена (А.Л.Игонин, И.Г.Ураков, 1978, Н.Н.Иванец, 1981). Сторонники экзогенной природы алкогольной депрессии – С.Г.Жислин, 1959, А. Буттер – Ворт, 1971, С.Сибсон, 1973, А.А.Портнов, Л.П.Гирич и др. говорят о ней как о результате постинтоксикационного органического изменения мозговых структур.

В публикациях, посвященных особенностям аффективных расстройств в структуре алкогольного абстинентного синдрома нет единого мнения.

Так, Н.С.Марковская (1984) выделяет астенические, дисфорические, ипохондрические и «чистые» депрессивные состояния. Однако это деление довольно схематично, т.к. характер депрессии в динамике меняется.

Аффективные расстройства при алкоголизме сейчас чаще встречаются в амбулаторной практике вследствие расширения сети амбулаторных наркологических учреждений за счет создания анонимных наркологических кабинетов, наркологических реабилитационных центров с одной стороны, и утяжелением контингента стационарных больных с другой (в связи с массивной отягощенностью состояния больных сомато-неврологической патологией, протекающей на фоне выраженных психоорганических проявлений, частоты металкогольных психозов).

Поэтому в задачи нашего исследования входило изучение аффективных расстройств в структуре абстиненции именно у амбулаторных больных, у которых алкогольный абстинентный синдром не отличался столь выраженной глубиной и отягощенностью психорганической симптоматикой. Личностные изменения у этих больных ограничивались в основном первичной алкогольной анозогнозией, в отличие от стационарных больных с вторичной алкогольной анозогнозией на фоне формирующейся деградации личности.

Целью настоящего исследования явился поиск наиболее оптимальных схем лечения пациентов с данной формой патологии.

Основным методом исследования явился клиничко-психопатологический метод, а также применялись следующие дополнительные методики исследования: шкала Гамильтона для оценки депрессии, опросник депрессии Бека, шкала Цунга для самооценки депрессии.

В исследовании были включены 45 амбулаторных больных в возрасте от 30 до 55 лет с депрессивными расстройствами в структуре алкогольного абстинентного синдрома и в периоде поддерживающего лечения, из них – 34 мужчин и 11 женщин. Клиническая картина заболевания соответствовала средней стадии хронического алкоголизма (зависимость от алкоголя). У всех больных наблюдались утрата контроля над количеством выпитого алкоголя и отчетливое патологическое влечение к нему.

В структуре депрессивных расстройств отчетливо выделялись 3 группы:

Первая группа – депрессия с выраженным тревожно – фобическим компонентом, характеризующимся внутренним напряжением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализовавшимся в груди, ощущением «внутренней дрожи». Преобладали больные с диффузной тревогой с безотчетностью, неопределенностью, но в некоторых случаях тревожные расстройства были конкретизированы, по выраженности приближались к паническим атакам (страх остановки сердца, страх смерти). Данное состояние часто сопровождалось двигательным беспокойством, неусидчивостью, жалобами на то, что «не могут места себе найти», пугливостью, сенситивными идеями отношения. Отмечалось затрудненное, длительное засыпание. Частые сны отражали имеющуюся конфликтную ситуацию. Данная патология в основном встречалась у лиц с астеническими и тревожно – мнительными чертами в преморбиде и наблюдалась у 18 больных (40%).

Во второй группе у больных преморбидно преобладали качества характера, свойственные возбудимым, неустойчивым типам личности, наблюдались психопатические проявления. Депрессия носила выраженную дисфорическую окраску: тоскливо – подавленное настроение сочеталось с психопатоподобным поведением. Собственно депрессивный аффект, особенно в первое время, часто перекрывался взбудораженностью, своеобразной внутренней «взвинченностью», легко возникали аффекты выраженной неприязни, обиды, раздражения, сменяющиеся вспышками злобы, агрессивными поступками, направленными на лиц ближайшего окружения. Дисфорический фон доминировал в поведении больных и после купирования острых симптомов абстиненции. Они становились придирчивыми, раздражительными, постоянно высказывали недовольство, длительное время сохранялось патологическое влечение к алкоголю, иногда оно возникало компульсивно, с ощущением вкуса спиртного во рту, и чаще осознавалось как «желание расслабиться». Эта патология имела место в 16 случаях (35,5%).

В третьей группе – у личностей с дистимическими чертами в преморбиде – на первый план выступало тоскливо – пониженное настроение, болевыми ощущениями в груди, чувством мучительного сжатия, стеснения за грудиной, в области сердца. Имели место суицидальные мысли, идеи виновности, самообвинения, связанные с предшествующей алкоголизацией и сочетающиеся с ощущением своей никчемности, несостоятельности, чувством того, что являются обузой для семьи, друзей и пр. В отдельных случаях (2 наблюдения) отмечались суточные колебания аффекта с ухудшением состояния в первую половину дня. Эта картина отмечалась у 8 больных (17,8%).

В остальных случаях имела место ипохондрическая депрессия (1) и депрессия с истерическими расстройствами (2), что составило 6,7% от общего числа пациентов.

Описанные различия в клинической картине депрессивных расстройств обусловили и различие применяемых схем лечения.

Так, у больных первой группы использовались антидепрессанты – седатики (амитриптилин, леривон) в сочетании с транквилизаторами с выраженным антитревожным действием (на первых этапах – сибазон, реланиум, затем феназепам, грандаксин, транксен).

У больных второй группы в схему лечения добавлялись нейролептики, обладающие выраженным влиянием на нарушение поведения (неулептил), нейролептики смешанного действия (тиапридал), который достаточно эффективно снижал патологическое влечение к алкоголю.

Больным третьей группы преимущественно назначались антидепрессанты седативного действия, а также антидепрессанты нового поколения, обладающие серотонинэргической активностью (феварин, коаксил, рексетин).

У больных первой и третьей группы отмечалось объективное уменьшение депрессивной симптоматики уже на 5 - 7 день (снижение суммарного балла по шкале Гамильтона на 4 - 6 единиц), тогда как у больных второй группы несмотря на проводимую терапию вышеописанная патология сохранялась длительное время и после купирования симптомов абстиненции.

Таким образом, выделение определенных типов депрессивных состояний обуславливает применение наиболее оптимальных схем назначения психотропных препаратов и выработку адекватной тактики психотерапевтических мероприятий у данного контингента больных.