

На правах рукописи

ПЕТРОСЯН ТИГРАН РОБЕРТОВИЧ

**ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ
СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

14 00.45 – наркология

14.00.18 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук



Москва-2008

Работа выполнена в ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрава» (директор – член-корреспондент РАМН, д м н , профессор Н Н Иванец)

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ

Доктор медицинских наук

Кинкулькина Марина Аркадьевна

Кандидат медицинских наук

Агибалова Татьяна Васильевна

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ.

Доктор медицинских наук,
профессор

Белокрылов Игорь Владленович

Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры наркологии
ФППОВ им. И М Сеченова

Баринов Александр Максимович

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В П Сербского Росздрава»

Защита состоится «25» марта 2008 г в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208 051 01 при ФГУ ННЦ наркологии Росздрава по адресу. 119002, г Москва, Малый Могильцевский пер , д 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ ННЦ наркологии Росздрава

Автореферат разослан *20 февраля* 2008

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций,
кандидат биологических наук

Львова Ольга Федоровна

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

На протяжении жизни посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) болеет 1% населения, а до 15% после тяжелых травм (военные действия) могут обнаруживать отдельные симптомы ПТСР (Дмитриева Т.Б., 1998). Выборочные клинические исследования определяют показатель этой патологии среди ветеранов афганской войны в 30%, а среди участников ликвидации аварии в Чернобыле – 15% (Дмитриева Т.Б., 1998). По результатам исследований известно, что от 62% до 91% больных ПТСР отвечают диагностическим критериям хотя бы еще одного заболевания по DSM-4, а у 35% обнаружено 2 заболевания по DSM-4 (McFarlane A.C., 2000).

Многочисленные результаты исследований показывают, что у лиц с ПТСР по сравнению с гражданскими лицами без этого расстройства в 2-3 раза чаще встречается зависимость от психоактивных веществ (ПАВ). Почти у 75% ветеранов боевых действий с ПТСР на протяжении жизни также отмечались симптомы, позволяющие диагностировать злоупотребление алкоголем или алкогольную зависимость (Kulka R.A., Hough R.L., Jordan B.K., 1990). Вместе с тем не были изучены особенности формирования и закономерности течения зависимости от алкоголя, что обуславливает высокую значимость и актуальность темы исследования.

Преодоление индивидом психотравмирующего воздействия стрессоров боевой обстановки зависит не только от успешности переработки травматического опыта, но и от взаимодействия трех факторов характера психотравмирующих событий, индивидуальных характеристик ветеранов и особенностей условий, в которые ветеран попадает после возвращения с войны (Green B.L., 1992). Нарушения переработки травматического опыта и преодоления боевой травмы ведет к социальной дезадаптации с формированием аффективных расстройств и ПТСР, которые являются факторами, провоцирующими злоупотребление ПАВ.

В отечественной наркологии исследований клинических особенностей формирования, течения зависимости от алкоголя у лиц с ПТСР пока еще очень мало. Учитывая наличие частых локальных войн в мире, высокие цифры распространенности ПТСР среди ветеранов Афганской и Чеченской войны, а также среди лиц с зависимостью от алкоголя, данное исследование является крайне актуальным.

Цель исследования

Изучить клинические особенности формирования и течения зависимости от алкоголя у больных с ПТСР, разработать на этой основе дифференцированные комплексные программы терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности формирования и закономерности течения зависимости от алкоголя у пациентов ПТСР в сравнении с больными алкогольной зависимостью без коморбидной патологии.
2. Изучить и описать особенности клинических проявлений, динамику патологического влечения к алкоголю (ПВА) при сочетании алкогольной зависимости и ПТСР в сравнении с больными алкогольной зависимостью без коморбидной патологии.
3. Выявить особенности формирования, психопатологическую структуру алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у пациентов с ПТСР в сравнении с больными алкогольной зависимостью без коморбидной патологии.
4. Разработать дифференцированные программы терапии для пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР.

Научная новизна

Впервые на большом клиническом материале изучена и описана динамика становления основных симптомов синдромов алкогольной

зависимости, сформировавшейся у лиц с ПТСР. При исследовании выявлены особенности течения зависимости от алкоголя у пациентов с различными вариантами посттравматического расстройства.

Впервые описаны клинические варианты, структура и динамика ПВА у больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР.

Показано взаимовлияние психопатологических расстройств при коморбидной патологии ПТСР и алкогольной зависимости в динамике.

Разработаны основные принципы и этапы стационарной дифференцированной комплексной терапии больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся у лиц с ПТСР.

Положения, выносимые на защиту

Развитие алкогольной зависимости на измененной почве – у больных с уже сформированным ПТСР привело к видоизменению клинико-динамических параметров алкогольной зависимости.

ПТСР определяет особенности становления алкогольной зависимости, клиническую картину алкогольного опьянения с ранним появлением измененных форм, значительно утяжеляет ААС.

В клинической картине ААС преобладают психопатологические расстройства с выраженным аффективным компонентом, который соотносится с аффективной составляющей ПТСР.

По сравнению с ПВА у больных алкогольной зависимостью без коморбидной патологии, ПВА при ПТСР отличается выраженной интенсивностью, генерализацией, превалированием аффективного компонента, который также соотносится с преобладающими аффективными расстройствами при ПТСР.

Больным с алкогольной зависимостью с ПТСР при проведении комплексной программы лечения (психофармакотерапии и психотерапии) необходимо учитывать коморбидные расстройства.

Практическая значимость результатов исследования

Использование в клинической практике данных о возникновении, формировании и развитии психопатологических особенностей больных алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР, позволяет обеспечить выбор дифференцированных программ комплексной терапии

Применение разработанной дифференцированной комплексной терапии пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР, повышает эффективность их лечения, влияет на качество и продолжительность ремиссии.

Реализация результатов работы

Результаты проведенных исследований применяются в практической работе клинических отделений ФГУ ННЦ наркологии Росздрава. Научные положения работы используются при подготовке клинических ординаторов и аспирантов ННЦ наркологии

Структура и объем диссертации

Работа изложена на 151 страницах, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, указателя литературы. Диссертация включает в себя 17 таблиц, 4 рисунков и содержит 3 клинических примера. Список цитированной литературы включает 184 источника, из которых 62 – иностранные. Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме. Глава 2 содержит общую характеристику наблюдавшихся пациентов и используемых методов исследования. В главе 3 описываются сравнительная клиническая характеристика исследованных групп больных, клинические особенности формирования и течения алкогольной зависимости у больных с ПТСР, динамика ПВА в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинентном периоде, ремиссии, психофармакотерапия и психотерапия больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне посттравматического стрессового расстройства.

В заключении обсуждаются полученные результаты

Материалы диссертации доложены на клинических конференциях Национального научного Центра наркологии Министерства здравоохранения и социального развития

По материалам диссертации вышло 6 печатных работ, из которых 2 статьи

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования было изучено 90 больных, все мужчины, в возрасте от 27 до 60 лет, средний возраст - $39,06 \pm 1,23$ года, проходивших стационарное лечение с диагнозом «алкогольная зависимость» и ранее участвовавшие в военных действиях с дальнейшим развитием симптомов ПТСР. В качестве группы сравнения было обследовано 60 мужчин с алкогольной зависимостью того же возраста.

На начальном этапе исследования определялось наличие и выраженность симптомов ПТСР в прошлом позволяющих диагностировать посттравматическое расстройство с помощью специализированных шкал.

Результаты исследования наследственной отягощенности различными психическими и наркологическими заболеваниями показали меньшую наследственную отягощенность в основной группе, чем в контрольной группе 56,6 % и 70% соответственно.

При оценке раннего детского развития обнаружилось, что преморбидные факторы риска развития зависимости присутствуют в обеих группах, однако достоверных различий между группами не было выявлено. В группе больных, у которых алкогольная зависимость сформировалась на фоне ПТСР, малая мозговая дисфункция встречалась у 37,8% пациентов, синдром детской гипервозбудимости – у 41,1%, патохарактерологические реакции – у 10,0%. В группе больных с алкогольной зависимостью без ПТСР, эти данные распределились следующим образом – 40%, 53,3% и 16,7% соответственно.

Анализ преморбидной структуры личности позволил установить, что больных с истерическими преморбидными характерологическими особенностями было достоверно меньше в основной группе (6,7%), чем в контрольной (26,6%), а неустойчивых, наоборот, было достоверно больше в основной группе (53,3%), чем в контрольной (30%). Остальные характерологические особенности встречались без достоверных различий при сравнении групп.

Анализ сведений о социально-демографических показателях выявил, что в обеих группах преобладали лица со средним и средним специальным уровнем образования. В основной группе работающих было 37,8%, что меньше, чем в контрольной группе – 60%, различия являются достоверными ($p < 0,05$). По другим социально-демографическим показателям группы между собой достоверно не отличались.

Все пациенты были участниками военных действий, и большинство из них 55,6% находились в зоне обстрела в течение от 1 до 3 месяцев, более 6 месяцев в зоне обстрела находились 33,3% пациентов и всего лишь 11,1% пациентов – менее месяца.

Возраст начала злоупотребления алкоголем в основной группе составлял $21,2 \pm 2,3$ лет. Начало злоупотребления алкоголем у комбатантов в 62,2% случаев совпадало с возвращением из мест интенсивных военных действий, когда проявление симптомов ПТСР было наиболее выраженным. В 32,2% случаев ПТСР развился на фоне злоупотребления алкоголем и в 6,6% случаев ПТСР формировался на фоне уже сформированной средней стадии алкогольной зависимости.

В работе использовались клинический, катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования.

Для регистрации полученных данных была разработана «индивидуальная карта обследования больного» на основе карты эпидемиологического исследования больных алкоголизмом, разработанной в наркологических отделениях ВНИИОСП им В П Сербского.

«Индивидуальная карта обследования больного» включала сведения о наследственной отягощенности, раннем развитии, преморбидных чертах характера, социально-демографических характеристиках больных. Более подробно изучались данные об алкогольном анамнезе, боевом травматическом опыте, клинико-динамические параметры формирования и течения заболевания, динамика патологического влечения к алкоголю (ПВА), длительность ремиссий и психическое состояние больных. Экспериментально-психологический метод включал использование следующих диагностических инструментов: клиническая шкала для диагностики ПТСР (CAPS), Миссисипская шкала для оценки степени выраженности посттравматического стрессового расстройства, шкала оценки интенсивности боевого опыта, опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий. Для объективизации данных динамики психопатологических расстройств применялись шкала патологического влечения к алкоголю, шкалы оценки соматовегетативных и психопатологических проявлений в структуре ААС, ПАС, разработанные в НИЦ наркологии.

Для статистического анализа полученных результатов была использована компьютерная программа Microsoft Excel 2000. Результаты исследования подвергались вариационно-статистической обработке с использованием критерия Стьюдента. Критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$. Проводилось межгрупповое сравнение. Проверялась достоверность различий каждого параметра, в основной группе по сравнению с контрольной, при формировании алкогольной зависимости, динамики симптомов и синдромов. Для сравнения относительных величин использовался метод определения средних ошибок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ

По результатам исследования обнаружилось, что среди обследованных пациентов больший удельный вес занимали пациенты с апатическим типом

ПТСР – 46,7% Пациенты с тревожным и дисфорическим типом ПТСР встречались примерно одинаково – 28,9% и 24,4% соответственно

В процессе исследования было выявлено, что в 62,2% случаев алкогольная зависимость сформировалась на фоне ПТСР, в 32,2% случаев формирование алкогольной зависимости и становление симптомов ПТСР происходило параллельно друг другу, и лишь в 5,6% случаев формирование алкогольной зависимости произошло раньше возникновения ПТСР

Предшествующее посттравматическое стрессовое расстройство существенно изменило большинство основных клинико-динамических параметров алкогольной зависимости Наряду с сохранением общих закономерностей формирования алкогольной зависимости, оно определило своеобразие всех этапов его становления и развития При формировании алкогольной зависимости у больных с ПТСР отмечаются иные динамические соотношения и изменения в структуре стержневых синдромов зависимости

Пациенты с зависимостью от алкоголя, развившейся на фоне ПТСР многократно госпитализировались в различные наркологические стационары Так, до 5 госпитализаций в основной группе наблюдалось у 66 пациентов (66,7%), тогда как в контрольной группе – у 23 пациентов (38,3%), более 5 госпитализаций в основной группе наблюдалось у 30 человек (33,3%), а в контрольной группе таковых не отмечалось В исследуемой выборке не было ни одного пациента в основной группе с первичным обращением за наркологическим лечением, а в контрольной группе 37 пациентов (61,7%) поступили впервые

Начало злоупотребления алкоголем приходилось на средний возраст $21,2 \pm 2,3$ лет Прием алкоголя сразу же становился систематическим, со стремительным ростом толерантности до высоких цифр, 3 литра водки за сутки

Анализ темпа прогрессивности заболевания показал, что в основной группе у подавляющего большинства больных – 65,5% наблюдался

высокопрогредиентный темп течения заболевания, что достоверно больше чем в контрольной группе, где оно встречалось в 20% случаев ($p < 0,05$)

Были выявлены следующие особенности формирования и становления алкогольной зависимости в основной группе. При обследовании было выявлено, что у 62,2% (56 человек) пациентов начало злоупотребления алкоголем совпадало с возвращением из мест интенсивных военных действий, когда проявление симптомов ПТСР было наиболее интенсивным. Начало систематического употребления алкоголя приходилось на период от 18 до 24 лет. Умеренное употребление алкоголя не приводило к ослаблению выраженности симптомов ПТСР, а в некоторых случаях, наоборот усиливало их. Поэтому пациенты употребляли алкоголь в больших количествах с целью «отключиться». Суточная толерантность составляла от 1,5 до 3-х литров крепкоалкогольных напитков. В контрольной группе средняя суточная толерантность составляла 0,5 – 1,7л крепкоалкогольных напитков. Начало систематического употребления алкоголя в контрольной группе приходилось на возраст от 22 до 25 лет.

Остальные 37,8% пациентов (34 человек) уже систематически выпивали перед участием в военных действиях. При этом, во время участия в военных действиях они продолжали употребление алкоголя, который носил внешнеобусловленный характер (либо до военного задания для храбрости 200-300 мл, либо после задания для снятия симптомов напряжения и усталости 0,5-1,0л), т.е. употребление носило псевдозапойный характер, продолжительность которых варьировала от одного до 10 дней). Из 37,8% пациентов у 5,5% впервые признаки ААС проявились во время службы в армии.

У всех больных основной группы отмечалось измененные формы алкогольного опьянения, а в контрольной группе лишь у 36,7% обследованных. У 91,1% из них измененные формы опьянения возникли в течение первого года после возвращения из зон боевых действий. Характерной чертой для основной группы явилось сочетание различных

картин алкогольного опьянения у одного больного Анализ полученных данных показал, что чаще всего у больных основной группы наблюдалось опьянение с дисфорическим (51,1 %), эксплозивными (23,3 %), чертами, по типу «рауш» - в 26,6 % случаев В контрольной группе преобладали картины опьянения с истерическими чертами (38,3%) и с депрессивными расстройствами (30%) Также обращает на себя внимание тот факт, что в основной группе формы опьянения с параноидной настроенностью встречались в 17,8% случаев, тогда как в контрольной группе таковых не встречалось вовсе

Анализ длительности ААС показал, что в основной группе проявления синдрома отмены сохранялись дольше, чем в контрольной группе, $9,9 \pm 0,07$ и $6,5 \pm 0,11$ дней соответственно При этом длительность соматоневрологических нарушений в основной группе составляла $6,9 \pm 0,27$ дней, а в контрольной группе - $3,1 \pm 0,18$ дней Изучение клинических проявлений ААС показал, что в основной группе у всех пациентов он протекал с преобладанием психопатологического компонента, а в контрольной группе лишь у 53,3% пациентов Было выявлено, что у всех пациентов в основной группе в психопатологическом компоненте преобладали аффективные нарушения У 52,2% больных встречались депрессивные расстройства, у 35,6% - тревожные расстройства и у 12,2% - дисфорические расстройства Следует отметить, что в состоянии ААС вне стационара у пациентов основной группы наблюдались неоднократные суицидальные попытки, уходы из дома, вспышки агрессии к родным и близким Эти проявления отмечены у 14,4% больных

ПВА является главным механизмом и ведущим отличительным признаком зависимости от алкоголя, оно определяет клиническую картину, динамику и прогноз заболевания На клиническое оформление синдрома ПВА влияет сопутствующая коморбидная патология

Исследовалась актуализация, динамика и психопатологическая структура ПВА в абстинентном синдроме и постабстинентном состоянии У

пациентов наблюдались частые обострения ПВА, которые с трудом поддавались психофармакотерапевтической и психотерапевтической коррекции

Следует отметить, что в основной группе у пациентов ПВА во время алкогольного абстинентного синдрома было высоко интенсивное и генерализованное. Были факты употребления алкоголя во время лечения тетурамом. Несмотря на тяжелую алкоголь-тетурамовую реакцию с покраснением кожных покровов, сильным сердцебиением, болями в сердце, одышкой, больные продолжали выпивать спиртное с целью «отключиться». В структуре ПВА в абстинентном состоянии из психопатологических компонентов у всех исследуемых пациентов преобладал аффективный компонент. У 39 человек (43,3%) на передний план выходила депрессивная симптоматика со сниженным настроением, выраженной апатией, пессимистической оценкой будущего, моторной и идеаторной заторможенностью. При упоминании темы военных действий, распросе о переживаниях на эту тему, больные становились эмоционально лабильными вплоть до слезливости с выраженной вегетативной реакцией, отказывались разговаривать на эту тему. Расстройства сна у лиц с депрессивным компонентом выражались гиперсомнией, а во всех остальных случаях выражались пробуждениями во время сна, сновидениями на военную тематику, трудностями в засыпании.

У 26 человек (28,9%) аффективный компонент ПВА выражался тревогой, внутренним дискомфортом, необъяснимым страхом. У данных больных в беседе выявлялась неуверенность в своих силах, в своем будущем, идеи самообвинения, чувство вины за то, что они остались в живых.

У остальных 25 человек (27,8%) аффективный компонент выражался дисфорией, угрюмым настроением, раздражительностью, гневливостью. При беседе с такими пациентами они быстро раздражались, при затрагивании тематики военных действий выражались нецензурными словами, бранились по отношению к своим противникам, говорили, что «это не люди» и до сих

пор желали им смерти, а также при этом появлялась дрожь в теле, покраснение лица. В процессе обследования выявлялось соответствие видов аффективных расстройств с соответствующими типами ПТСР.

Специфично, что в постабстинентном периоде, у больных с преобладанием дисфории и тревоги в аффективном компоненте ПВА, выявлялось усиление этих нарушений в структуре ПВА с присоединением идеаторных и поведенческих расстройств. При этом, у пациентов с дисфорией, раздражительностью преобладали поведенческие расстройства, а у больных с тревогой, напряженностью преобладали идеаторные расстройства. Такие больные настаивали на выписке, проявляли негативизм к лечению, часто провоцировали конфликтные ситуации в отделении, пытались уговорить врача выписать после 10 дня лечения, так как они уже лучше себя чувствуют.

При изучении идеаторных расстройств в структуре ПВА, были получены следующие данные. Больные не осознавали значения военных травмирующих событий, симптомов ПТСР в формировании зависимости от алкоголя. Формально признавали, что алкоголь облегчает самочувствие, смягчает злость, тревогу, улучшает настроение. Большинство (86,7%) пациентов не признавали свои навязчивые, мучительные, повторяемые переживания, связанные с военными действиями, как заболевание, а считали, что с этим «жили и будут жить». Критика к своему злоупотреблению алкоголем резко снижена. Поступление в наркологический стационар объясняли тем, что надо «почистить организм», «улучшить самочувствие», но не лечить зависимость от алкоголя. Отрицали проблемы, связанные с злоупотреблением алкоголем, как социального так и соматического плана.

Поведенческий компонент ПВА проявлялся следующими нарушениями. Пациенты нарушали режим трезвости во время прогулок, после чего сожаления не чувствовали, факт употребления спиртного не скрывали. Часто являлись инициаторами конфликтных ситуаций с медицинским персоналом, требовали особенного внимания к себе.

В целом в постабстинентном состоянии, на фоне проводимой терапии, обострений патологического влечения в основной группе было зафиксировано у 46 человек (51,1%), а в контрольной группе у 10 человек (16,7%). Различия являются достоверными ($p < 0,05$). Однако в основной группе из них 19 человек, что составляет 21,1% из общего количества больных, было выписано в связи с нарушением режима трезвости или с отказом от лечения, тогда как в контрольной группе таковых не было (таб. 1).

Таблица 1.

	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество (N)	Проценты (%)	Количество (N)	Проценты (%)
Обострения ПВА не приводящие к досрочной выписке	46	51,1	10	16,7
Обострения ПВА приводящие к досрочной выписке (отказ от лечения, нарушения режима трезвости)	19	21,1	0	0
Всего	65	72,2	10	16,7

При катамнестическом исследовании больных выяснилось, что обострения ПВА в ремиссии были связаны либо с обострением той или иной симптоматики ПТСР, либо с психогенными факторами (встречи с сослуживцами, низкая устойчивость к стрессам). При обострениях ПТСР по тревожному типу, наблюдалась следующая клиническая картина. Вначале, на фоне полного благополучия, появлялась немотивированная тревога, опасения за свою жизнь и жизнь близких, потом присоединялись нарушения сна со сновидениями на военную тематику. Такое состояние длилось от 7 до 14 дней, после чего появлялись мысли об алкоголе и желание облегчить состояние с помощью спиртного. При дисфорическом типе ПТСР, чаще на фоне реально существующих ситуаций (проблемы на работе, в семейной жизни) у больных появлялась раздражительность, злоба на начальника, жену,

которые сопровождались агрессивными поступками (провоцирование драк и т.д.), и, в течение 1-2 дней, нарастала дисфория. В этом состоянии пациенты быстро начинали употреблять алкоголь, впоследствии объясняя это тем, что «прием спиртного выглядел как единственный выход из ситуации». При апатическом типе ПТСР начинала нарастать симптоматика со сниженным настроением, апатией, ощущением своей ненужности в мирной жизни, на этом фоне появлялись мысли, что «нет желания ничего делать, если я не выпью хоть немножко», «как общаться с людьми без выпивки?». Вначале ПВА носило характер борьбы мотивов, больные пытались сопротивляться желанию принять спиртное, но через 5-7 дней наступал срыв и рецидив заболевания.

При количественном анализе полных ремиссий были получены следующие результаты. В основной группе ремиссия от 6 до 12 месяцев была у 6 человек – 6,7% (14 человек – 23,3% в контрольной группе), более 12 месяцев – 21 человек – 23,3% (28 человек – 46,7% в контрольной группе). Отсутствие ремиссии в основной группе наблюдалось у 26 человек – 28,9% (8 человек – 13,3% в контрольной группе). В основной группе наибольшее количество пациентов дали краткосрочную ремиссию, от 1 до 6 месяцев – 37 человек – 41,1% (10 человек в контрольной группе – 16,7%) ($p < 0,05$).

Соматические последствия злоупотребления алкоголем в основной группе выражались в алкогольном поражении печени у 55 пациентов (61,1%), в алкогольном поражении сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, поражение миокарда) у 37 пациентов (41,1%). В контрольной группе соответствующие последствия наблюдались соответственно у 34 пациентов (56,7%) и у 12 пациентов (20%). Неврологические последствия в основной группе наблюдались в виде полинейропатий у 11 человек (12,2%) в основной группе, а в контрольной группе у 8 человек (13,4%).

При построении программ терапии пациентов с коморбидной патологией – ПТСР, учитывались основные принципы терапии

наркологических заболеваний Кроме того, в полной мере учитывались подходы к терапии ПТСР Комплексный подход к лечению включал в себя медикаментозное и психотерапевтическое воздействие

Были выделены ключевые этапы лечения

- 1 Купирование расстройств на этапе абстинентного синдрома
- 2 Психофармакотерапия патологического влечения к алкоголю в постабстинентном периоде Проведение психотерапевтических мероприятий
- 3 Предупреждение рецидивов заболевания и продление ремиссии за счет психофармакотерапии и психотерапии

В результате исследования была разработана следующая тактика психофармакотерапии у пациентов основной группы

- 1 Вследствие преобладания аффективного компонента в структуре ПВА, в схемы терапии необходимо обязательно включать антидепрессанты По причине того, что имеется нейрхимическая общность патогенеза ПТСР и алкогольной зависимости, наиболее эффективно использование антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и ингибитора обратного захвата норадреналина с блокадой пре- и постсинаптических альфа-2-адренорецепторов и постсинаптических серотониновых рецепторов (сертралин, миртазапин)
- 2 В связи с высокой частотой поражения сердечнососудистой системы у больных с ПТСР с зависимостью от алкоголя, рекомендуется отказаться от применения или ограничить использование трициклического антидепрессанта amitриптилина
- 3 Вследствие частых обострений ПВА, высокоинтенсивного, генерализованного ПВА, необходимо применять нейролептики Так как, в структуре ПВА выражены поведенческие и идеаторные расстройства, рекомендуется использовать соннапакс, этаперазин

- 4 По причине того, что у больных с ПТСР с зависимостью от алкоголя часто встречаются контузии головного мозга, органическое поражение ЦНС, необходимо исключить или с осторожностью использовать нейролептик галоперидол
- 5 Данные о динамике ПВА в ремиссии свидетельствуют о высокой частоте обострений ПВА, срывах, рецидивах, связанных с актуализацией симптомов ПТСР, поэтому необходима длительная психофармакотерапия в ремиссии

В работе с больными, у которых алкогольная зависимость сформировалась на фоне ПТСР, использовались следующие общие принципы психотерапевтического подхода к лечению ПТСР (Тарабрина Н.В., 2001)

- 1 Принцип нормализации Этот принцип заключается в том, что врач разъясняет пациенту смысл основных болезненных симптомов, подчеркивая, что данная симптоматика ПТСР развивается после того как люди подверглись воздействию травматических событий. Понимание этого дает больному возможность не скрывать свои болезненные переживания, а прорабатывать их совместно с врачом, потому что после того как люди подверглись воздействию травматических событий, они в реакциях на обычные ситуации склонны путать необычность травмы с необычностью их самих
- 2 Принцип партнерства и повышения достоинства личности Этот принцип особенно важен в отношении жертв стрессовых ситуаций. Суть в том, что психотерапевтические отношения должны строиться совместно, приводя к восстановлению в правах личности, тех кто был ущемлен в своем достоинстве и безопасности
- 3 Принцип индивидуальности Каждый человек имеет свой уникальный путь восстановления после перенесенного стресса,

необходимо индивидуально подбирать психотерапевтическое лечение.

В рамках этих принципов проводилась психотерапевтическая работа с пациентами, у которых алкогольная зависимость сформировалась на фоне ПТСР. Таким образом, основное в работе с пациентами, у которых зависимость от алкоголя возникла на фоне посттравматического стрессового расстройства - научить их своевременному и адекватному отреагированию эмоций. Главное для пациента – научиться контролировать свои эмоции, доверять своим чувствам, не бояться их, уметь снимать мышечное и эмоциональное напряжение без приема алкоголя.

ВЫВОДЫ

1 Клинико-динамическими особенностями алкогольной зависимости на фоне ПТСР, по сравнению с зависимостью от алкоголя без коморбидной патологии являются высокопрогредиентное формирование, постоянная форма злоупотребления алкоголем, высокая толерантность к алкоголю, быстрое возникновение измененных форм алкогольного опьянения с эксплозивностью и брутальностью, алкогольных амнезий, выраженные социальные и соматические последствия злоупотребления алкоголем.

2 Алкогольный абстинентный синдром у больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР, по сравнению с больными алкогольной зависимостью без коморбидной патологии, протекает более длительно, с преобладанием психопатологического компонента, где наиболее выраженными являются аффективные расстройства, которые соотносятся с осевой симптоматикой ПТСР.

3 Аффективный компонент в структуре патологического влечения к алкоголю занимает ведущее место по выраженности, при этом его симптоматика соответствует осевым нарушениям в ПТСР. У пациентов с преобладанием дисфорических расстройств ярко выражен поведенческий

компонент ПВА, а у больных с преобладанием депрессивных расстройств – идеаторный компонент ПВА. Тревожные расстройства в равной мере сочетались с другими компонентами ПВА.

4. У больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР, по сравнению с больными алкогольной зависимостью без коморбидной патологии более выражены социальные (разводы и профессиональная занятость) и соматические последствия злоупотребления алкоголем (алкогольное поражение сердечно-сосудистой системы).

5. Для больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне посттравматического стрессового расстройства дифференцированные программы психофармакотерапии должны строиться с учетом психопатологического своеобразия коморбидной патологии. Так, сочетание дисфорических и поведенческих расстройств труднее поддается психофармакотерапевтической коррективке и является прогностически менее благоприятным фактором по сравнению с сочетанием депрессивных расстройств и идеаторного компонента ПВА. А также важным фактором в профилактике обострений ПВА является длительная постоянная противорецидивная терапия.

6. Психотерапевтическое лечение больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР должно включать проработку патогенных реакций утраты, горя, задержанных эмоций.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1 Агибалова Т В , Петросян Т Р Лечение больных алкоголизмом, сочетающимся с посттравматическим стрессовым расстройством / Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. материалы российской конференции – М 2006 С 282
2. Агибалова Т В , Петросян Т Р Синдром патологического влечения к алкоголю при сочетании алкогольной зависимости и ПТСР / Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии материалы российской конференции – М 2007 С 259
3. Петросян Т.Р Формирование зависимости от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Украинский вестник неврологии т 15, выпуск 1 (50), Харьков, 2007 С 276
- 4 Петросян Т Р , Юрченко Л Н Зависимость от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Вопросы наркологии 2008 №. 6 С. 38-44
- 5 Агибалова Т В , Винникова М.А , Мищенко Л В , Гуревич Г Л , Сизоненко Е В , Петросян Т Р Комплексная терапия больных с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности Усовершенствованная медицинская технология М , 2007 – 25 с
- 6 Петросян Т Р Зависимость от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии материалы научно-практической конференции с международным участием Москва, 14-15 мая 2007 г – М, 2007 С. 88

Подписано в печать 15 02 2008 г
Печать трафаретная

Заказ № 77
Тираж 100 экз

Типография «11-й ФОРМАТ»
ИНН 7726330900
115230, Москва, Варшавское ш , 36
(495) 975-78-56, (499) 788-78-56
www.autoreferat.ru