

На правах рукописи

ГУРЕВИЧ ГЕННАДИЙ ЛЬВОВИЧ

**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ
АЛКОГОЛЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ**

14.00.45 – наркология

14.00.18 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2005

Работа выполнена в ГУ Психиатрической больницы № 13 (главный врач – кандидат медицинских наук Э.С.Дроздов) и отделении психофармакологии ФГУ Национального научного центра наркологии Росздрава (директор – член-корреспондент РАМН, профессор Н.Н. Иванец).

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

доктор медицинских наук, профессор Винникова Мария Алексеевна

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Доктор медицинских наук,
профессор Чирко Владимир Васильевич

Кандидат медицинских наук,
Белокрылов Игорь Владленович

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава.

Защита диссертации состоится « ____ » сентября 2005 года
в 10:30 на заседании диссертационного совета (Д 208.051.01)
при ННЦ наркологии по адресу:
119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ННЦ наркологии
(119002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3).

Автореферат разослан « ____ » _____ 2005 г

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат биологических наук

Львова О.Ф.

Актуальность проблемы.

В настоящее время проблема коморбидности аффективных расстройств и зависимости от алкоголя является одной из наиболее значимых для наркологии и психиатрии.

Частота сочетанной аффективной патологии среди больных наркологического профиля довольно высока, но данные разнятся. Так, по данным одних зарубежных авторов (Kokkevi A., Stefanis C., 1995), среди изученного контингента наркологических стационаров коморбидные расстройства регистрируются в пределах от 66,1% до 90,3% случаев. Наиболее распространенной психической патологией, по их мнению, являются аффективные нарушения (депрессия, тревога) и расстройства личности. По данным Н. Ross et al. (1988) у больных алкоголизмом было выявлено значительное распространение аффективных (33,7 %) и шизофрении (7,4 %). Чирко В.В. и Дроздов Э.С. (2001) отмечают, что среди больных шизофренией и МДП не менее одной трети злоупотребляют различными психоактивными веществами. Кроме того, в последнее десятилетие появляется большое число скрытых, стертых, атипичных форм, а также видоизменение «классических» картин течения как психических (Смулевич А.Б., 1997), так и наркологических (Чирко В.В., 2002) заболеваний.

Особый интерес вызывают терапевтические аспекты проблемы. Лечение больных с алкогольной зависимостью, осложненным психиатрической патологией, представляется очень трудной задачей (Wilkins J.N., 1997 и мн. др.). Несомненно, что терапия коморбидных расстройств должна строиться на общих принципах терапии психических заболеваний, особенно в тех случаях, когда сложно определить первичность или вторичность нозологической составляющей коморбидного процесса. Основная задача лечения таких больных связана с более четкой дифференциацией на уровне симптомов и синдромов. Характер проявления аффективных нарушений, психотических реакций, неврозо- и психопатоподобных расстройств, с одной стороны, и предпочтение того или иного психоактивного вещества, выраженность и особенность проявления патологического влечения с другой, - дают возможность для клинически оправданного назначения адекватной, патогенетически направленной психофармакотерапии. В настоящее же время ощущается явный дефицит дифференцированных подходов и схем терапии.

В связи с вышесказанным были определены цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Целью исследования являлось изучение особенностей клиники зависимости от алкоголя, протекающей на фоне аффективных расстройств, для разработки на этом основании дифференцированных терапевтических подходов, направленных на стабилизацию ремиссий.

Задачи исследования:

1. Описать особенности формирования и течения зависимости от алкоголя у лиц с различной аффективной патологией: маниакально-депрессивным психозом, циклотимией, шизоаффективным расстройством.
2. Выделить и описать клинические особенности и динамику основных синдромов заболевания – патологического влечения к алкоголю, алкогольного абстинентного синдрома при различных формах сочетанной патологии.
3. Установить возможные клинические закономерности между тяжестью аффективного расстройства и течением зависимости от алкоголя.
4. Разработать дифференцированные терапевтические подходы с учетом клинических исследований новых групп препаратов для больных с коморбидной патологией.

Научная новизна

В исследовании впервые выявлены особенности формирования, клинических проявлений и течения зависимости от алкоголя у лиц с маниакально-депрессивным психозом, циклотимией, шизоаффективным расстройством. Выявлены особенности клинических проявлений патологического влечения к алкоголю при различных вариантах коморбидной патологии. Описаны клиника и динамика алкогольного абстинентного синдрома, развивающегося у больных с аффективными расстройствами. На этом основании разработаны оптимальные комплексные терапевтические программы с учетом патогенетического подхода.

Практическая значимость

Практическое применение разработанных клинико-диагностических критериев коморбидной аффективной патологии и алкогольной зависимости позволит повысить качество диагностики, более углубленно оценивать динамику болезни и прогноз.

Использование в практической деятельности психиатров и наркологов полученных данных по симптоматике сочетанных болезней будет способствовать повышению эффективности лечения этого контингента больных.

Использование выявленных клинических признаков, имеющих прогностическое значение, позволит активно влиять на терапевтический процесс.

Публикация результатов исследования

По материалам диссертации опубликовано 4 научные работы, перечень которых приводится в конце автореферата.

Объем и структура диссертации

Работа имеет 154 машинописных страниц, состоит из введения, 5-ти глав, заключения, выводов, библиографического указателя, включающего 185 наименований (109 отечественных и 76 зарубежных авторов), содержит 25 таблиц, 3 диаграммы, 1 рисунок, иллюстрирована 4-мя клиническими примерами.

Глава I посвящена анализу научной литературы по проблеме

Глава II содержит общую характеристику клинического материала и методов исследования

Глава III описывает клинику и течение зависимости от алкоголя у больных с маниакально-депрессивным психозом и циклотимией

Глава IV посвящена рассмотрению основных клинико-динамических особенностей зависимости от алкоголя у больных с шизоаффективным психозом

В главе V рассмотрены принципы построения терапевтических программ для больных с алкогольной зависимостью и сочетанной аффективной патологией.

В заключении обсуждаются полученные результаты.

Материал и методы исследования.

Для изучения особенностей течения зависимости от алкоголя у больных с МДП, циклотимией и шизоаффективным расстройством за период с 1996 по 2003 г.г. клинико-психопатологическим методом было изучено 124 пациента, мужчин, в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст – $33,8 \pm 5,4$ года), проходивших стационарное лечение в ПБ № 13 или в клинике ННЦ наркологии МЗСР РФ.

Диагностика состояний проводилась по МКБ-10. В исследование были включены пациенты с МДП (депрессивным или циркулярным типом, различной степени тяжести без психотических симптомов); циклотимией; шизоаффективным психозом.

Из исследования исключались пациенты с депрессивными расстройствами тяжелой степени, сопровождающимися выраженной психотической симптоматикой; процессуально обусловленной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой; синдромом психического автоматизма; тяжелым органическим поражением ЦНС.

По возрасту больные распределились следующим образом: до 30 лет – 34 чел.; от 31 до 40 лет – 70; от 41 до 50 лет – 20 пациентов. То есть, большинство больных составили лица среднего возраста – более 80% в возрасте от 30 до 40 лет.

По уровню образования и социальному статусу пациенты распределились следующим образом. Лица со средним специальным образованием составили 66,1%; с высшим – 33,9%. Работающими были 75,8%, не работали 24,2% больных. То есть, выборка была представлена достаточно сохранными больными, без выраженных нарушений адаптационных способностей.

У 28 больных родственники болели шизофренией; у 30 больных наблюдалась отягощенность алкоголизмом; у 12 пациентов родственники имели психопатии или психопатические черты характера; у 8 – маниакально-депрессивный психоз или циклотимию. У 46 пациентов наследственная отягощенность выявлена не была.

Клинический анализ преморбидных личностных особенностей показал, что выборка была представлена, в основном, акцентуированными личностями. В связи с этим использовались традиционно принятые в отечественной психиатрии классификации акцентуаций характера А.Е. Личко (1977); К. Леонгарда (1989).

По преморбидным личностным особенностям среди больных преобладали личности циклоидного круга (34,7%), тревожно-мнительные и астенические (37,9%); личности с истерическими и шизоидными чертами характера встречались реже и составили 3,2% и 24,1% соответственно. Несомненно, что разделение всей выборки на типы акцентуаций представляется в известной мере условным, так как, например, черты неустойчивости, тревожности, незрелости психики, ее дисгармоничность, повышенная роль аффектов в организации поведения могут сочетаться в характерологическом портрете одной личности и являются практически обязательными в структуре характеров всех исследованных больных. Однако, типологическая группировка преморбидных личностных особенностей была проведена в соответствии с установившимися принципами клинического подхода – на основе учета доминирующей симптоматики.

В 69,4% случаев (86 пациентов) отмечались неблагоприятные микросоциальные условия: воспитание одним родителем (матерью), гипоопека или воспитание в условиях вседозволенности, частые конфликты между родителями, что рассматривалось как признак дисфункциональности семьи.

По уровню образования и социальному статусу пациенты распределились следующим образом. Лица со средним специальным образованием составили 66,1%; с высшим – 33,9%. Работающими были 75,8%, не работали 24,2% больных. Как видно, выборка была

представлена достаточно сохранными больными, без глубоких нарушений социальной адаптации.

В исследование вошли только те пациенты, у которых аффективное заболевание предшествовало формированию алкоголизма или возникало одновременно с его началом, что подтверждалось психиатрическим обследованием в анамнезе (данные предыдущих госпитализаций историй болезни, либо амбулаторных карт с установленным диагнозом аффективного расстройства). В исследованной выборке эндогенное заболевание предшествовало злоупотреблению алкоголем в 82% (100 пациентов) случаев, в 18% (24 пациента) наблюдалось одновременное начало развития эндогенного процесса и алкогольной зависимости.

Диагноз «биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод средней (F33.00- F33.01) или тяжелой степени без психотических симптомов (F31.4)» был установлен у 66 пациентов; при этом его циркулярный тип наблюдался лишь у 24 из них, в остальных 42 случаях заболевание протекало по униполярному депрессивному типу. Циклотимия (F34.0) была диагностирована у 32 человек.

Психопатологическая квалификация аффективных нарушений проводилась также с учетом доминирующего аффекта, выделялись тоскливые, тревожные и апатико-динамические депрессии. Следует отметить, что характер патологически измененного настроения определял доминирующий аффект, однако он не исключал одновременного наличия других аффектов. Поэтому депрессивное настроение помимо аффекта тоски могло включать и аффект тревоги. При преобладании аффекта тоски настроение оценивалось как депрессивное, при преобладании тревоги – как тревожное, если невозможно было выделить ведущий клинический признак, то диагностировался тревожно-депрессивный синдром.

В тех случаях, когда клиническая картина не укладывалась в рамки маниакально-депрессивного психоза или шизофрении, устанавливался диагноз «шизоаффективное расстройство» (F25.xx) – 26 пациентов. Основными клиническими характеристиками шизоаффективного психоза служили следующие: преобладание аффективных расстройств в клинической картине заболевания, приступообразность, периодичность и цикличность течения психоза, полиморфность и динамичность аффективных расстройств, развитие на этом фоне гетерогенной симптоматики (брёда, галлюцинаций, психосенсорных и кататонических расстройств). В период ремиссий у этих больных не наблюдалось специфических дефицитарных, негативных расстройств.

В подавляющем большинстве случаев (86 пациентов – 88%) формирование (начало) эндогенного (аффективного) психоза приходилось на возраст 24-30 лет (средний возраст – 24,8±1,6 года), до периода формирования алкогольной зависимости наблюдалось, в

большинстве случаев, 1-2 аффективных приступа (74 пациента – 59,7%), реже – 3 (50 пациентов – 40,3%).

В наркологических диспансерах ранее наблюдались лишь 42 пациента (34%). Все они получали традиционную терапию, состоявшую на первом этапе из дезинтоксикационных мероприятий и, как правило, заканчивавшуюся специфическим противоалкогольным лечением (препараты с тетурамоподобным действием; психотерапевтические процедуры с медикаментозным подкреплением – типа «Торпедо»; имплантация препарата «Эспераль»).

Все больные неоднократно поступали на стационарное лечение в психиатрические больницы, среднее количество госпитализаций – 3-4.

Для систематизации данных, полученных из медицинской документации (клинических историй болезни и амбулаторных карт), бесед с родителями и близкими родственниками больных, информации от врачей других специальностей, занимавшихся лечением этих пациентов, а также в результате тщательного клинко-психопатологического анализа, на каждого больного заполнялась специально разработанная и адаптированная в соответствии с целью и задачами настоящего исследования «Индивидуальная карта клинко-психопатологического исследования». Карта содержала подробные данные о наследственной отягощенности; раннем развитии (возможной патологии беременности, родов, раннего постнатального периода, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций); семейных взаимоотношениях. Подробно рассматривались вопросы формирования аффективной патологии: возраст ее начала; клинические проявления и длительность существования. Отдельное внимание было уделено формированию алкогольной зависимости: возрасту начала употребления алкоголя; мотивации употребления; срокам формирования зависимости; длительности употребления алкоголя; толерантности и ее динамике. Подвергались анализу основные клинические проявления алкогольной зависимости: патологическое влечение к алкоголю; темп и степень прогрессивности заболевания. Отдельно рассматривались вопросы взаимного влияния двух процессов: видоизменение основополагающих синдромов (патологическое влечение к алкоголю, аффективные нарушения); возможное утяжеление клинической картины; прогноз. Исследование подразумевало получение согласия на сотрудничество у пациентов и членов их семей, обязательное личное обследование больных и их родственников. Все больные в ходе стационарного лечения осматривались специалистами-консультантами, проводились инструментально-лабораторные методы диагностики в необходимом объеме.

Для оценки психопатологических нарушений и терапевтической эффективности применяемых психотропных средств использовались следующие шкалы: оценки психопатологических и соматовегетативных проявлений в структуре алкогольного абстинентного синдрома, постабстинентного состояния и на этапе формирования ремиссии (динамика ПВА); общего клинического впечатления; Гамильтона для оценки депрессии и тревоги (HDRS и HARS). Количественная оценка тяжести состояния проводилась по 4х-балльной шкале, где 0 – отсутствие симптома, 1 – слабая его выраженность, 2 – умеренная выраженность, 3 – тяжелая выраженность.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием следующих программ: SPSS 11.5 for Windows; Microsoft Excel 2000 (версия 7.1). Различия средних величин признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования.

1. Особенности алкогольной зависимости, протекающей на фоне МДП, циклотимии.

Начало аффективного заболевания приходилось на возраст 24-30 лет (средний возраст – $24,8 \pm 1,6$ года). Развитие приступа (при МДП) происходило, как правило, литически; в редких случаях наблюдалось очень быстрое нарастание симптоматики. Наблюдалось два варианта начала депрессивной фазы: с тревоги или с собственно депрессии. Депрессивные состояния могли быть представлены и тревожно-депрессивным синдромом, с идеями виновности, суицидальными высказываниями, витальной тоской. Длительность депрессивных фаз составляла, в среднем, от 3-х до 9 месяцев. Маниакальные фазы были короче, составляли от 3-х до 5-ти месяцев, клинически выражались беспричинным ощущением силы, энергии, бодрости, неутомимости; при углублении симптоматики развивалась гневливая мания. При биполярном аффективном расстройстве в представленной выборке больных не было выявлено каких либо закономерностей в отношении того, какой по структуре приступ развивается впервые – маниакальный или депрессивный.

Было отмечено, что, как правило, первый один-два приступа были наиболее выраженными и разнообразными по психопатологической симптоматике. В дальнейшем же психопатологическая структура обострений становилась более гармоничной и однообразной (по типу «клише») с четкой периодичностью обострений. Эти клинические данные свидетельствуют о неглубокой тяжести аффективных психозов и преобладании амбулаторных и субпсихотических депрессий.

Первые приемы алкоголя наблюдались у этих пациентов в возрасте 17-18 лет. Употребление алкоголя было продиктовано

желанием изменить свое настроение (универсальный тип), улучшить коммуникативные возможности. При уже сформированном эндогенном заболевании во многих случаях (по самоотчетам пациентов) алкоголь выступал как лекарство. Гедонистический мотив употребления алкогольных напитков, преобладающий среди наркологических больных, не был характерен для пациентов с двойным диагнозом.

В зависимости от особенностей проявлений алкоголизма на фоне предшествующего ему аффективного заболевания, было выделено три подгруппы больных.

Первая подгруппа включала 24 больных (24,5%), из них 20 пациентов с МДП, лишь 4 – с циклотимией. Особенности клинической картины у них определялись диссоциацией темпа прогрессивности и степени тяжести алкогольной зависимости: при быстром темпе формирования алкогольной зависимости наблюдалась неглубокая степень тяжести заболевания.

Начало систематического употребления алкоголя наблюдалось в возрасте 28-32 лет (средний возраст – $26,6 \pm 1,4$ года). Несмотря на это, становление алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и рост толерантности, происходили быстро. В большинстве случаев (16 пациентов – 67%) темп прогрессивности алкоголизма (по классификации Н.Н. Иванца (1995)), был высоким.

Отличительной чертой ААС у этих больных являлось преобладание в его структуре аффективных нарушений, которые были выражены больше по сравнению с вегетативными и соматоневрологическими расстройствами. Преобладал аффект тоски или тревоги. Аффективные нарушения отличались интенсивностью и длительностью существования. Длительность ААС в условиях стационарного лечения составляла 2-3 недели, его окончание сопровождали явления тяжелой астении.

Становление патологического влечения к алкоголю происходило также достаточно быстро, в ряде случаев – стремительно. Оно развивалось на аффективно измененном фоне и, независимо от структуры аффекта, у подавляющего большинства больных усиливалось в опьянении. Исключение составляли лишь тяжелые случаи депрессии, приближающиеся по тяжести к психотическому уровню. С достаточно выраженным (и первичным, и вторичным) влечением к алкоголю можно связать и особенности характера злоупотребления алкоголем. У 1/3 пациентов (8 чел.) наблюдалось длительное постоянное употребление алкоголя (более 12-18 месяцев) с дальнейшим формированием ремиссий, достигавших 1,5-2-х лет. У 12 пациентов отмечалась характерная псевдозапойная, а у оставшихся 4-х – постоянная форма злоупотребления алкоголем.

Средняя толерантность в данной подгруппе составляла 0,75 - 1,0 л водки в сутки. Ее значительное повышение выявлялось при

тоскливых депрессиях; в то же время при преобладании тревожного аффекта рост толерантности был менее заметен.

Депрессивные расстройства в состоянии алкогольного опьянения нивелировались быстро только на начальных этапах заболевания, а в дальнейшем происходило формирование «замкнутого круга»: утяжеление имеющихся депрессивных нарушений усиливало патологическое влечение в опьянении, что приводило к еще большей тяжести депрессии.

Несмотря на быстрое формирование синдрома зависимости, дальнейшее развитие заболевания происходило медленно. Пациенты были в целом социально хорошо адаптированы, 70,8% имели работу, многие из них отличались высоким профессионализмом и стремились к повышению своего профессионального уровня.

Для пациентов этой группы было характерным длительное осознание болезни, критическое отношение к ней, наличие «борьбы мотивов». Многие из них сообщали, что могут «спрогнозировать» или «запланировать» начало запоя.

Еще одной интересной особенностью этих больных являлось отсутствие или малая выраженность соматоневрологических последствий алкогольной зависимости. Эти факты позволяли предположить небольшую тяжесть алкогольной болезни в целом.

Наиболее часто встречающиеся депрессивные синдромы в ААС и постабстинентном состоянии: тревожно-депрессивный (66,6%), астено-депрессивный (50%), депрессивно-ипохондрический (16,7%). Длительность алкогольной зависимости в данной подгруппе составляла от 13 до 16 лет (средняя длительность – $12,4 \pm 1,3$ года).

Вторая подгруппа составила 52 человека (53,1%): наиболее распространенный вариант проявлений сочетанной патологии. Из них 31 пациент с МДП, 21 – с циклотимией. Отличительной особенностью этой подгруппы являлось сочетание высокого темпа прогрессивности и выраженной степени тяжести алкогольной зависимости.

Употребление алкогольных напитков и переход на систематический прием у пациентов этой подгруппы начинался раньше по сравнению с предыдущей и приходился на возраст 20-22 года (средний возраст – $21,1 \pm 1,4$ года). Начальные этапы заболевания были схожи с первой подгруппой: наблюдалось быстрое становление основных синдромов алкогольной зависимости, быстро нарастала их тяжесть, темп прогрессивности был высоким.

В ААС у этих больных на первых этапах преобладала выраженная дисфория, которая в процессе лечения сменялась пониженным фоном настроения, тоской. В некоторых случаях наблюдалось развитие гипоманиакальных состояний, хотя данный

признак не являлся характерным для больных этой подгруппы (6 человек – 11,1%).

Абстинентный синдром протекал тяжело, помимо аффективных расстройств, достаточно выражены были соматовегетативные, а на отдаленных стадиях заболевания – и неврологические нарушения. Его длительность также составляла 2-3 недели.

Становление патологического влечения к алкоголю происходило стремительно. В отличие от первой подгруппы отсутствовало осознание болезни и критика к ней. В этой подгруппе пациентов более часто наблюдалось спонтанное появление влечения, не связанное с какими либо внешними причинами, что говорит о глубоких биологических механизмах заболевания. Столь высокий уровень влечения оказывал влияние на толерантность – она была высокой и составляла в среднем 1,0-1,5 л водки.

По мере утяжеления симптомов алкоголизма наблюдалась трансформация аффективных расстройств: в структуре депрессивных приступов ведущее место начинала занимать дисфорическая симптоматика, а маниакальные приступы становились более стертыми, появлялись реже. Течение алкоголизма ко второму десятилетию его существования все более приобретало типичные для него черты. Одновременно наблюдалась меньшая тяжесть депрессивных проявлений, а зачастую аффективные фазы вообще нивелировались. В динамике болезни происходило нарастание психоорганических изменений, что приводило к быстрому снижению адаптационных возможностей индивидуума.

В отличие от первой подгруппы, наиболее часто в ААС встречались депрессивный (23,1%) и дисфорический (65,4%) синдромы. Выход из ААС так же, как и в первой подгруппе, сопровождался явлениями тяжелой астении. На этапе постабстинентных нарушений более часто диагностировались тревожно-депрессивный (30,8%), астено-депрессивный (73,1%) и депрессивный синдромы. Это свидетельствует о более тяжелых психопатологических расстройствах во второй подгруппе, наблюдающихся как в ААС, так и на последующих этапах заболевания.

Длительность заболевания на момент исследования была несколько меньше по сравнению с первой подгруппой и составляла 8-12 лет (средняя длительность – $9,1 \pm 1,2$ года).

Данная подгруппа наиболее тяжело поддавалась терапевтическому воздействию; ремиссии были короткими, отличались нестойкостью.

В третью подгруппу вошло 22 человека (22,4%). 15 пациентов с МДЦ, 7 – с циклотимией. Алкогольная зависимость имела низкий темп прогрессивности, невысокую толерантность. В то же самое

время аффективные нарушения на фоне алкогольной зависимости претерпевали заметную трансформацию, утяжелялись в динамике заболевания.

Формирование абстинентного синдрома от начала систематического приема алкоголя происходило в течение 7-10 лет (средняя длительность – $8,2 \pm 1,4$ года) – медленный темп прогрессивности.

В абстинентном синдроме отмечалось резкое усиление тревожной симптоматики; в то же время соматовегетативные расстройства были выражены незначительно (что по этому параметру сближало эту подгруппу пациентов с первой).

Патологическое влечение к алкоголю, как правило, в начале болезни, было слабо выраженным, а в депрессивных фазах во многих случаях еще более снижалось. Достаточно долго мог сохраняться контроль за количеством употребляемого спиртного: пациенты стремились не превышать количества, необходимого для улучшения настроения. В структуре депрессивных приступов преобладающими на первых этапах были аффекты тревоги или тоски.

При прогрессировании алкогольной зависимости наблюдалась трансформация депрессивной симптоматики либо с нарастанием апатии, либо с расширением спектра аффективных переживаний, сочетанием тревоги и тоски, тоски и апатии. В части случаев (13 пациентов – 59%) депрессивные фазы удлинялись и углублялись. На их высоте возникали суицидальные мысли и намерения. В 6 случаях (27,3%) совершались попытки самоубийства (в состоянии опьянения), что приводило этих больных к многократным госпитализациям в психиатрические клиники. В 4-х случаях (18,1%) такая динамика аффективной патологии привела к прекращению употребления алкоголя.

Утяжеление клинической картины алкогольной зависимости наблюдалось лишь к 3-ему десятилетию ее существования. Патологическое влечение меняло свой характер: плавное, литическое нарастание сменялось спонтанными аутохтонными обострениями. Ведущее место из депрессивных нарушений на всех этапах алкоголизма (ААС, ПВА) начинала занимать дисфорическая симптоматика. При дальнейшем прогрессировании сочетанного процесса псевдозапойные формы употребления быстро сменялись истинными запоями. В клинической картине начинали преобладать проявления алкоголизма, в то время как аффективные нарушения как бы «прятались» за фасадом грубых проявлений алкоголизма. Изменения личности наблюдались практически у всех пациентов (19 человек – 86,4%), были представлены алкогольной деградацией по апатическому или возбудимому типу.

У пациентов данной группы социальные и профессиональные последствия алкогольной зависимости были сравнимы с таковыми во

второй подгруппе. У 9 человек (40,1%) наблюдалось снижение профессионального уровня – переход на более простую и менее оплачиваемую работу; у 12 (54,5%) – нарушение семейных взаимоотношений. Помимо тяжести коморбидного процесса, на социально-трудовую дезадаптацию не могла не повлиять и длительность существования алкоголизма, которая в этой подгруппе составляла от 16 до 26 лет (средняя длительность – 19,6±1,4 года).

В отличие от первой и второй подгрупп, наиболее часто в ААС встречались тревожный (59,1%), тревожно-депрессивный (31,8%) и дисфорический синдромы (54,5%). Выход из ААС лишь в половине случаев проявлялся астеническим симптомокомплексом.

2. Особенности алкогольной зависимости, протекающей на фоне шизоаффективного расстройства.

Данную группу составили 26 человек (20,9% от общей выборки). В настоящем исследовании рассматривались только такие состояния, которые исключались из группы, как шизофрения, так и маниакально-депрессивного психоза: шизоаффективные психозы (F25.xx – МКБ-10). В качестве основных клинических характеристик шизоаффективного психоза служили следующие: преобладание в приступах аффективной патологии, периодичность и цикличность течения, полиморфность и динамичность аффективных расстройств, развитие на этом фоне гетерогенной симптоматики (бреда, галлюцинаций, психосенсорных и кататонических расстройств), отсутствие дефектных состояний, свойственных шизофрении, в межприступных периодах.

Начало эндогенного заболевания приходилось на возраст 16-18 лет. В 53,8% случаев (14 пациентов) шизоаффективный психоз начинался с развития депрессивной фазы. В 42,4% (11 пациентов) – с маниакальной. В одном случае (3,8%) наблюдались биполярные приступы, при этом чередование их было не правильным: второй по счету приступ протекал с состоянием мании, «безмерного счастья»; в то время как все последующие – с глубокими депрессивными нарушениями. Количество перевесенных приступов до формирования алкогольной зависимости было различным, колебалось в пределах от одного до трех. Психопатологическая картина наблюдавшихся у больных приступов шизоаффективного расстройства была полиморфной. В структуре психоза в подавляющем большинстве случаев ведущее место занимали аффективные расстройства: депрессивный синдром, состояния страха и тревоги. Они наблюдались на протяжении всего заболевания, являясь основными. Наряду с аффективными нарушениями наблюдались в большей или меньшей степени выраженные бредовые или бредово-галлюцинаторные переживания, явления психического автоматизма. Но эта симптоматика была непостоянной, зачастую кратковременной, а ее интенсивность колебалась в зависимости от выраженности аффекта.

Наиболее бурно протекали именно первые один-два приступа; последующие были менее выраженными, зачастую не отличались от субдепрессивных фаз циркулярного психоза. Депрессивные фазы протекали, как правило, без заторможенности; в структуре синдрома на первый план выступала не тоска, а тревога, сопровождавшаяся явлениями деперсонализации. У 3-х пациентов наблюдались элементы спутанности сознания, когда больные при наличии речевого возбуждения обнаруживали нечеткую ориентировку в окружающем и инкогерентность мышления. После выхода из психоза наблюдались явления фрагментарной амнезии, астения. Длительность психотических эпизодов могла составлять до полугода.

Алкогольная зависимость, сформированная на фоне шизоаффективного расстройства, при высоком или среднем темпе прогрессивности имеет ее глубокую степень.

Формирование алкогольной зависимости в этой группе больных имело ряд характерных особенностей. Начало употребления спиртных напитков было разное: у 8 (30,8%) – в возрасте 15-16 лет (то есть предшествовало развитию первого шизоаффективного приступа); у 6 (23,1%) – в возрасте 17-18 лет (практически совпало в начале эндогенного заболевания); у 12 (46%) оно было отставленным и наблюдалось в возрасте 20-24 лет. Употребление спиртных напитков начиналось на фоне измененного, как правило, депрессивного фона настроения. Длительность периода злоупотребления зависела от длительности депрессивных фаз, а характер употребления – от их психопатологической структуры. У подавляющего большинства больных наблюдалось увеличение толерантности в период сниженного настроения. С периодичностью наступления аффективных фаз был связан и характер потребления спиртного – по типу псевдозапоев (у всех пациентов). При этом длительность их могла быть большой и составлять, в среднем, 3-9 месяцев. Светлые промежутки между запоями также были тесно связаны со стабилизацией аффективного фона. Толерантность в период запоев достигала высоких цифр, могла составлять 1,0-1,5 л крепких спиртных напитков (водки) в сутки. В 57,7% случаев (15 пациентов) темп прогрессивности определен как высокий; в 42,3% темп прогрессивности был средним. Патологическое влечение к алкоголю было выраженным. Зачастую наблюдались картины неодолимого влечения, которое реализовывалось, несмотря на ухудшение психического состояния, развитие непереносимости алкоголя, соматическое истощение. В поле зрения наркологов эти пациенты попадали, как правило, уже на 8-10-м году существования алкоголизма, что свидетельствует о его тяжелом течении.

К особенностям ААС у больных следует отнести преобладание в клинической картине глубоких депрессивных нарушений, их затяжное существование, наряду со средней или малой выраженностью

соматовегетативных расстройств. В большинстве случаев в клинике ААС наблюдалось углубление тоски или тревоги, появление суицидальных мыслей, выраженные идеи малоценности или греховности. Особого внимания заслуживает тот факт, что, несмотря на достаточно тяжелую сочетанную патологию, у многих пациентов была сохранной социально-трудовая адаптация (18 пациентов – 69%), не наблюдалось ее снижения в течение всего периода наблюдения. Данный факт, в большей степени, по всей видимости, связан с относительно небольшой длительностью алкоголизма и сохранностью компенсаторных возможностей личности на этом этапе. В пользу этого свидетельствует отсутствие у больных этой группы выраженных изменений личности: лишь у 7-ми пациентов (26,9%) обнаруживалось заострение преморбидных особенностей (тревожно-мнительных, шизоидных), а у 4-х (15,4%) речь шла о формировании органических изменений по апатическому типу.

В качестве основных задач терапии были определены следующие:

1 – купирование алкогольного абстинентного синдрома и сопровождающей его психопатологической (депрессивной, психотической) симптоматики; 2 – купирование патологического влечения к алкоголю; 3 – поддерживающая терапия, направленная на формирование стабильных ремиссий

Проведенное исследование позволило выработать конкретные рекомендации по лечению больных с сочетанной патологией с учетом необходимости одновременно и последовательно сочетать принципиально различные лечебные методы, адресованные как к основным патогенетическим механизмам зависимости, так и к психическим расстройствам.

1. Купирование алкогольного абстинентного синдрома (ААС).

Разработка терапевтических подходов проводилась с учетом клинических особенностей синдрома отмены у больных с коморбидной аффективной патологией. Как уже было показано выше, ААС у исследованных больных отличался тяжестью психопатологической симптоматики (в основном, аффективных и диссомнических расстройств), выраженностью патологического влечения к алкоголю. В связи с этим наряду с дезинтоксикационным лечением использовалось инфузионное введение антидепрессантов, начиная с 5-7 дня терапии. В зависимости от преобладающей психопатологической симптоматики, ее тяжести, возраста больного и выраженности соматических расстройств, использовался amitriptylin в дозах 80-120 мг в сутки или людиомил в дозах 50-100 мг в сутки. При наличии в клинической картине ААС явлений дереализации-деперсонализации, помимо антидепрессантов, в терапию добавлялись блокаторы опиатных рецепторов короткого действия – налоксон 4-8 мг в течение первых 3-4 дней.

Наиболее частыми побочными эффектами при использовании антидепрессантов были задержка мочеиспускания и сухость во рту (12 пациентов). Однако терапевтическая эффективность применяемых схем была оценена высоко и при выборе «польза/вред» предпочтение отдавалось все-таки использованию специфической психофармакотерапии. Ни в одном случае не наблюдалось развитие выраженных холинолитических эффектов, осложнений или интоксикационных психозов. Таким образом, использование парентеральных форм антидепрессантов позволяло в более короткие сроки облегчить состояние больных, тем самым, заложив дальнейшую базу для формирования качественных ремиссий.

2. Кутирование патологического влечения к алкоголю (ПВА)

После редукции абстинентных нарушений лечение было направлено на купирование проявлений патологического влечения к алкоголю и аффективных нарушений. В этих случаях успешно применялись антидепрессанты. Препарат выбирался в зависимости от преобладающего типа аффекта: при тревожных состояниях – амитриптилин до 75-100 мг; ремерон до 30 мг. При смешанных состояниях (тоска, тревога, дисфория) предпочтение отдавалось пиразидолу до 100-150 мг; при шизоаффективных психозах, когда клиническая картина отличалась полиморфизмом и атипичностью депрессивных приступов, назначался рисполепт до 4-6 мг. При преобладании ипохондрических состояний, соматических эквивалентах депрессий использовался эглонил до 200-400 мг. Терапия выше перечисленными препаратами была длительной, составляла 2,5-3 месяца, поскольку подразумевала не только купирование проявлений патологического влечения к алкоголю, но и профилактику развития очередных депрессивных фаз.

Для предотвращения развития обострения патологического влечения к алкоголю, а также очередных фаз при МДП, циклотимии, шизоаффективном расстройстве применялись нормотимики, в частности, ламиктал до 200 мг в течение 3-4 месяцев. При состояниях средней тяжести антиконвульсанты назначались в качестве единственного патогенетического препарата, в более тяжелых случаях в терапевтические схемы добавлялись антидепрессанты, нейролептики (класс и дозы препаратов зависели от преобладающей психопатологии в клинической картине заболевания). Суточная терапевтическая доза составляла у карбамазепина – 400-600 мг, у ламиктала – 200 мг. При профилактическом приеме препаратов длительными курсами (8-12 недель) была подтверждена способность нормотимиков предотвращать развитие депрессивных фаз; практически у 2/3 пациентов отмечалось значительное улучшение, если не с полным прекращением фаз, то с заметным уменьшением глубины аффективной симптоматики, что, соответственно, напрямую сказывалось на уменьшении количества рецидивов.

3. Поддерживающая терапия, направленная на формирование стабильных ремиссий

В качестве средств, направленных на поддержание стабильных ремиссий, использовались те же средства, которые применялись при купировании ПВА (см. выше): антидепрессанты (ремерон, amitриптилин), нейролептики (как правило, атипичные – рисполепт, эглонил, флюанксол и др.), нормотимики (ламиктал, финлепсин). В данном случае основная задача заключалась в индивидуальном подборе оптимальных доз этих препаратов, которые с одной стороны могли обеспечивать стабильное психическое состояние пациентов, а с другой – не ограничивали пациента в социальной (профессиональной, семейной) и межличностной сфере. Как правило, дозы препаратов сохранялись такими, какие были «подобраны» пациенту на этапе стационарного лечения, снижение доз в ближайшие 4-6 месяцев формирования ремиссии могло быть связано лишь с появлением или нарастанием побочных эффектов психотропных препаратов.

Несомненно, что при разработке комплексных терапевтических подходов большая роль уделялась и лечению различных соматоневрологических нарушений, связанных, как правило, с длительной массивной хронической интоксикацией, улучшению когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, интеллекта). В качестве основных препаратов в этих целях использовались ноотропы. Наиболее часто используемыми из них были ноотропил, инстенон и энцефабол. Помимо своего основного действия, эти препараты играли важное значение и при преодолении терапевтической резистентности к психотропным препаратам, заметно снижали риск развития побочных явлений при использовании антидепрессантов и экстрапирамидных расстройств при назначении нейролептиков.

На наш взгляд, именно комплексный подход к лечению позволил увеличить длительность ремиссий у исследованных больных практически в 2,5 раза (учитывая, что исследуемые больные госпитализировались в психиатрический стационар неоднократно, то, соответственно, прошлый негативный опыт психофармакотерапии позволяет исключить плацебо-эффект лечения и говорить о высокой терапевтической эффективности применяемых схем).

Соблюдение принципов комплексности, динамического наблюдения, длительной поддерживающей терапия являлись наиболее важными факторами, влияющими на качество ремиссий и сохранность социальной адаптации у данного контингента больных.

Выводы.

1. При сочетании эндогенных депрессий и алкогольной зависимости преобладают депрессии непсихотического уровня, о чем свидетельствуют длительная сохранность преморбидного уровня социальной адаптации, практически правильная периодичность обострений аффективных расстройств, однообразная, гармоничная психопатологическая структура аффективных фаз по типу «клише».

2. Клинико-динамические особенности формирования алкогольной зависимости у больных с аффективными расстройствами определяются диссоциацией темпа прогрессивности и степени тяжести алкогольной зависимости.

3. Выявлено три варианта проявлений алкогольной зависимости у больных аффективными расстройствами.

При первом варианте наблюдается быстрый темп формирования алкогольной зависимости и неглубокая степень тяжести заболевания. Становление патологического влечения к алкоголю, формирование ААС и рост толерантности происходят быстро, однако длительно сохраняется социальная адаптация и критические способности.

Второй вариант характеризуется высоким темпом прогрессивности и выраженной степенью тяжести алкогольной зависимости. Быстро происходит нарастание психоорганических изменений, снижение адаптационных возможностей, осознание болезни и критические способности утрачиваются в начале заболевания.

При третьем варианте алкогольная зависимость отличается низким темпом прогрессивности, при этом наблюдается трансформация аффективных нарушений с их утяжелением в динамике заболевания. Нарастание тяжести алкогольной зависимости происходит к третьему десятилетию болезни, проявляется признаками

—

алкогольной деградации, снижением социальной адаптации, нарушением критических способностей.

4. Алкогольная зависимость, сформированная на фоне шизоаффективного расстройства, отличается тяжестью своих проявлений при высоком или среднем темпе прогрессивности.

5. Алкогольный абстинентный синдром у больных с коморбидной аффективной патологией отличается тяжестью психопатологических нарушений: в клинической картине преобладают депрессивные расстройства, соматовегетативные и неврологические нарушения выражены в меньшей степени. В структуре ПВА преобладают глубокие депрессивные расстройства, протекающие с витализацией аффекта и развитием гетерогенной симптоматики (деперсонализационно-дереализационных расстройств).

6. Терапия ААС у больных с коморбидной патологией отличается ранним назначением антидепрессантов на фоне массивных дезинтоксикационных мероприятий. Использование нормотимиков длительными курсами позволяет проводить эффективную профилактику как обострений ПВА, так и очередных фаз при МДП, циклотимии, шизоаффективном расстройстве. Эффективность комплексной терапии повышает адекватная диагностика состояний и своевременная госпитализация больных в психиатрические стационары.

Список опубликованных работ.

1. Гуревич Г.Л. Шизоаффективные расстройства и алкогольная зависимость: клиника и терапия. //Межрегион. Сб.н.тр.: Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии. – Рязань. – 2004. – С. 119-122.
2. Винникова М.А., Гуревич Г.Л. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных с коморбидной аффективной патологией. //Мат.Рос. конф.: Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – Москва. – 2004. – С. 289.
3. Винникова М.А., Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Мищенко Л.В. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования. //Ж. Психиатрия и психофармакотерапия. - №5. – Т.6. – 2004. – С. 245-248.
4. Гуревич Г.Л. Особенности клиники, динамики и терапии алкогольной зависимости при аффективных психозах //Ж. Вопросы наркологии. - №3. – 2004. – с. 38-46.

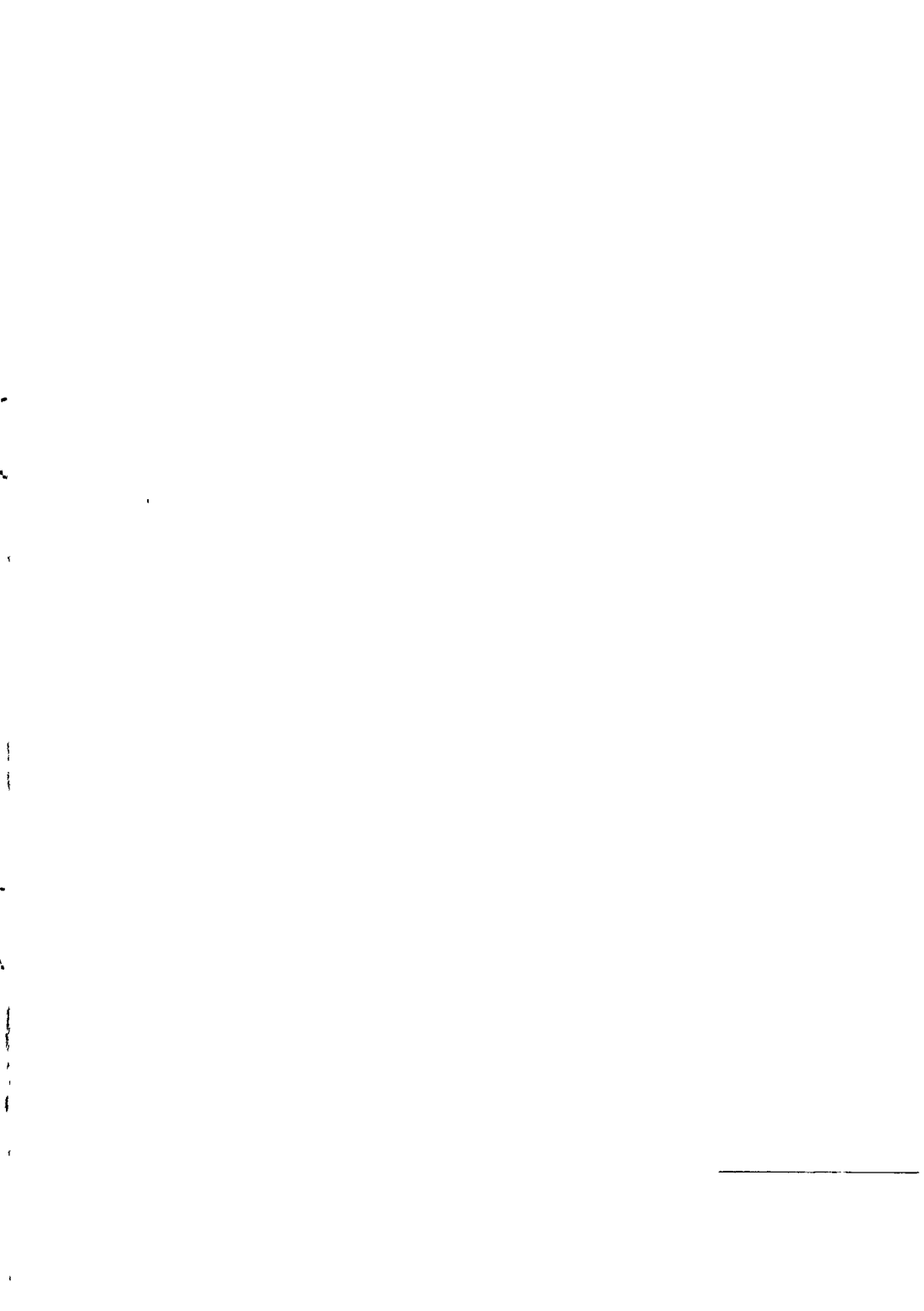
Отпечатано в ООО «Компания Спутник+»

ПД № 1-00007 от 25.09.2000 г.

Подписано в печать 01.08.05

Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1,31

Печать авторефератов (095) 730-47-74, 778-45-60



№ 1 4 4 6 6

РНБ Русский фонд

2006-4

10331