



Всероссийская  
научно-практическая конференция

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

посвященная 60-летию  
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Читинской государственной медицинской академии

### ТЕЗИСЫ

г. Чита

01-02 июня 2017 года

изучение генетического полиморфизма молекул сосудистой регуляции, не оценена их роль во взаимосвязи с процессами нейродеструкции-нейрорепарации, не определено их клинико-прогностическое значение для оценки развития и тяжести алкогольной болезни мозга. Решение указанных задач создаст перспективы для создания новых, патогенетически обоснованных подходов к лечению алкогольной патологии.

### **ЧАСТОТА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОМ ПРОФИЛАКТОРИИ**

Григорьева И.В., Кралько А.А., Шумай В.В., Ладо А.В., Сергеевич И.  
*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь*

По данным метаанализа, проведенного Nunes (2004) известно, что потребление алкоголя с вредными последствиями и синдром зависимости от алкоголя часто сочетаются с депрессивными расстройствами. Коморбидность с аффективными расстройствами оказывает неблагоприятное влияние на течение синдрома зависимости от алкоголя и приводит к частым рецидивам и неустойчивости ремиссии.

Эпидемиологические исследования не дают однозначного ответа на вопрос о распространенности коморбидности синдром зависимости от алкоголя и депрессии. У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, обратившихся за помощью, частота возникновения вторичных депрессивных расстройств, по данным Sullivan (2005), варьирует от 10% до 71% случаев. При такой коморбидности отмечается частое ухудшение отношений между супругами, высокая частота разводов и последующего проживания в одиночестве, по сравнению с теми лицами, у которых выявляется только депрессия.

Результаты исследований Г.Н. Крылова (2004), К.М. Davidson (1995) показывают, что депрессивные расстройства связаны с механизмом патологического влечения к алкоголю и являются признаком рецидива основного заболевания у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

В рамках научной исследовательской работы по разработке метода комплексной медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП), мы изучили частоту встречаемости депрессивных расстройств у данного контингента, как важного предиктора рецидивов и качества формирования устойчивости ремиссии.

Исследование проводилось на базе учреждений «Лечебной трудовой профилакторий УДИН МВД РБ» № 1 и № 5. В исследование были включены 300 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (рубрика F10.2), находящихся в условиях ЛТП. Основные социально-демографические и клинические характеристики выборки: 100% пациентов мужского пола, средний возраст составил 40,96±9,44 лет, стаж алкогольной зависимости 5,5±5,2 года.

Использовались следующие диагностические инструменты: Белорусский Индекс Тяжести Аддикции (Бел-ИТА); Шкала депрессии Бека.

При исследовании депрессивных состояний по Шкале депрессии Бека у 19,3% пациентов отмечено наличие депрессии тяжелого уровня, у 34,3% пациентов выявлена выраженная депрессия, у 7,3% – умеренная депрессия, у 19,7% – легкая депрессия, у 19,3% – депрессивные симптомы отсутствуют.

Таким образом, у 80,7% пациентов ЛТП выявлены депрессивные проявления различной степени тяжести.

Результаты анализа Шкалы депрессии Бека согласуются с данными клинического интервью, в ходе которого пациенты описывали свое состояние пессимистично и малоперспективно: «меня уже ничто не ждет в жизни», «я скатился на самое дно, не знаю, как это пережить», «после выхода из ЛТП люди будут относиться ко мне с предубеждением, и мне трудно будет справиться с этим одному», «мне всегда не везет», «я никогда не смогу устроиться на работу с клеймом алкоголика», «я уже достаточно наказан по жизни».

Результаты анализа 21 симптома депрессии показали, что у пациентов ЛТП когнитивно-аффективные нарушения сопровождались: ощущением наказанности – у 83% человек; неудовлетворенностью собственной жизнью – у 83%; пессимизмом – у 80,3%; чувством вины – у 76%; сниженным настроением – у 73,7%; чувством несостоятельности – у 69,3%; идеями самообвинения – у 64,3%; раздражительностью – у 63,7%; отвращением к самому себе – у 58%; нерешительностью – у 51%; слезливостью – у 44,3%; нарушением социальных связей – у 38,7%; суицидальными мыслями – у 27%.

Из соматических проявлений депрессии наиболее частыми были нарушения сна – у 63,7% пациентов. В ходе клинического интервью наиболее характерными были жалобы, связанные с нарушением сна: отсутствие точного сна, нарушение засыпания, прерывистый сон, отсутствие отдыха во сне. Данные пациенты оправдывали прием спиртного необходимостью улучшения сна («выпивал, чтобы заснуть»), «хорошо спится, когда выпьешь и расслабишься».

Среди выраженных соматических проявлений депрессии были отмечены: утомляемость – у 52%; охваченность телесными ощущениями – у 48%; утрата либидо – у 47,7%; нарушение образа тела – у 47,2%; потеря веса – у 46%; утрата работоспособности – у 38,7%; утрата аппетита – у 35,3%.

Данные анамнеза, полученные из медицинских документов и клинического интервью, свидетельствуют о наличии у 32% данных лиц признаков эндогенной «доалкогольной» депрессии. Пациенты указывали на то, что использовали ранее алкоголь в качестве «лекарственного средства»: «выпивал, чтобы снять тоску», «выпью и только тогда поднимается настроение», «я избавлялся от одиночества и подавленности выпивкой», «спокойно не выпью – в груди давит, работать не могу, не хочется ничего», «чувствую постоянное напряжение, ожидаю что-то плохое на работе или дома, потому и пью, выпиваю, чтобы забыться». Прием алкоголя постоянно оправдывали и считали необходимостью улучшения настроения и снижения чувства тревоги. На начальном этапе употребление алкоголя носило эпизодический характер и применялось для купирования тревожных и депрессивных симптомов, затем приобрело черты рецидивов систематического злоупотребления.

Данные клинического интервью, подтверждают наличие депрессивных симптомов в периоде предшествующих ремиссий, а также их триггерное влияние на последующие рецидивы заболевания. Существенным является, что 48% пациентов отметили нарастание тревоги, беспокойства, раздражительности и тоски до появления первых признаков актуализировавшегося патологического влечения к алкоголю, около 44% указали на нарастание дистимии. Усиливавшееся влечение к алкоголю у данных пациентов сопровождалось утяжелением аффективной симптоматики от дисфории до появления депрессии.

У 18% пациентов в ходе проведения полуструктурированного интервью по Бел-ИТА были отмечены суицидальные проявления: антивитаальные переживания характеризовались жалобами на непереносимость жизни, присутствием фантазий на

тему смерти и собственного ухода из жизни. Суицидальные попытки в анамнезе были отмечены у 6% пациентов.

Депрессивные расстройства, входящие в структуру синдрома зависимости от алкоголя имели различную степень выраженности и сочетались с другими проявлениями аффективной патологии.

Таким образом, у 80,6% лиц, находящихся в ЛТП, выявлены признаки депрессивного расстройства различной степени тяжести: от тяжелой до легкой депрессии. Преобладающим является уровень выраженной депрессий, выявленный у 34,3% пациентов.

Наличие коморбидного депрессивного расстройства у пациентов в ЛТП с синдромом зависимости от алкоголя является показанием для назначения антидепрессантов и определяет выбор мишеней для специфической психотерапии в процессе проведения комплексной медицинской реабилитации.

## **АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Дмитриев М.Н.

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия*

Аффективные нарушения являются одной из самых прогрессирующих патологий современного человечества. Так, по данным 2015 года, за десятилетие число людей, страдающих депрессией в мире, возросло на 18,4%, а тревожными расстройствами – на 14,9%. Наиболее высокие темпы роста в России демонстрируют непсихотические формы аффективных расстройств, значительно превосходя рост всей эмоциональной патологии (Демьева Н.К., 2012). Именно неглубокий уровень психопатологических феноменов позволяет относить выявляемые расстройства к т.н. «пограничным», что заставляет предполагать их стрессиндуцированный генез (Александровский Ю.А., 2006).

Это наиболее естественным образом относится к студенческой молодежи. Ведь в этом возрасте и социальном статусе происходит большое число конфликтных ситуаций, связанных с проблемой сепарации с родительскими семьями, поиском и сменой сексуальных партнеров, значительными учебными и эмоциональными нагрузками, первым опытом работы. Все эти факторы позволяют в рамках биопсихосоциальной модели относить неглубокие аффективные нарушения как раз к пограничным (Худобинский А.П., 2014).

Однако размытость понимания генеза этих расстройств приводит к неэффективным стратегиям оказания помощи, потери времени, развитию повторных эпизодов, что может ухудшать течение и прогноз заболевания. Признание факта, что аффективные нарушения у молодежи чаще являются проявлением эндогенной (аутогонной) патологии может сыграть важную роль в разработке диагностических и терапевтических алгоритмов.

Известно, что чаще всего в молодом возрасте возникает биполярное аффективное расстройство (Мосолов С.Н., 2008), которое является коморбидным с целым спектром соматических, поведенческих и аддиктивных нарушений (Павличенко А.В., 2014; Altshuler L.L. et al., 2006), маскирующим истинный генез психовегетативных проявлений.