

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»

ДОСТИЖЕНИЯ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

Сборник материалов республиканской
научно-практической конференции с международным участием,
посвященной 100-летию РНПЦ психического здоровья
(Минск, 14 декабря 2018 г.)

Минск
«Профессиональные издания»
2018

УДК [619.89+159.9:616] (082)

ББК 56.14я43

Д 70

Достижения психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: от истоков до современности: материалы республиканской научн.-практ. конф., посвящ. 100-летию Республиканского научно-практического центра психического здоровья / Республиканский научно-практический центр психического здоровья; сост.: А.И. Старцев, Т.В. Докукина, Т.С. Голубева. – Минск, : Профессиональные издания, 2018. – 412 с.

ISBN 978-985-7177-20-2

В сборнике отражены результаты научной и практической деятельности государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Освящены актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации психических и поведенческих расстройств, вопросов организационно-методического сопровождения деятельности психиатрической и наркологической службы Республики Беларусь.

Опубликованные работы представляют ценность для специалистов, занимающихся проблемами оказания психиатрической помощи населению: врачей-психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, преподавателей медицинских образовательных учреждений, научных работников.

УДК [619.89+159.9:616] (082)

ББК 56.14я43

ISBN 978-985-7177-20-2

© ГУ «РНПЦ психического здоровья», 2018

© УП «Профессиональные издания», 2018

-
8. Гурович И.Я., Краснов В.Н., Шмуклер А.Б. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи. И.Я. Гурович, В.Н. Краснов, Шмуклер А.Б. // Социальная и клиническая психиатрия, 2015, т. 25, № 3, С.5-9.
 9. Крупицкий Е.М. В Российской наркологии до сих пор практикуется научно-декорированное шаманство, Е.М.Крупицкий/ Гамбургский счет. – 2017
 10. Менделевич В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа, В.Д. Менделевич. – Казань: Медицина, 2006. – 262с.
-

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

Когнитивные проявления депрессивных расстройств у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

Введение

Когнитивные нарушения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, выявляются в 50–70% случаев, в 10% случаев они носят выраженный характер, достигающий степени деменции [1, 2]. Считается, что деменция, связанная с алкоголизмом, составляет от 5 до 10% всех случаев деменции, особенно у лиц молодого возраста [3].

Алкогольная деменция характеризуется доминированием нарушений исполнительных функций, обусловленных поражением передних отделов головного мозга [8]. Среди клинических особенностей этого состояния также отмечаются зрительно-пространственные и перцептивные расстройства, нарушение памяти на события собственной жизни. Часто когнитивные расстройства сочетаются с эмоционально-личностными нарушениями, почти у 80% пациентов имеется депрессия различной степени выраженности.

Нарушения исполнительных функций, обусловленные синдромом возбуждения, довольно характерны и для пациентов с алкоголизмом, не имеющих выраженных мнестических расстройств. Нередко выявляемый при алкогольной деменции лобный дефект может предшествовать клиническим проявлениям алкогольной полиневропатии и мозжечковой дегенерации, а также синдрому Вернике – Корсакова [2]. При синдроме зависимости от алкоголя лобные доли подвержены в большей степени повреждению, что проявляется

нарушением исполнительных функций, проявляющихся в снижении способности к абстрагированию и планированию, ингибирование персеверативных процессов, переключение между различными когнитивными процессами, скорость когнитивных процессов и т.д.

Bates M.E. отметил, что когнитивные нарушения распространены у людей, обращающихся за медицинской помощью по поводу расстройств, вызванных употреблением алкоголя [9].

К частым нарушениям когнитивных процессов относится замедление процессов восприятия, снижение его яркости (в частности, неясность зрительных ощущений), затруднения в переработке новой информации, трудность концентрации внимания [4–6].

В депрессивном состоянии заторможены интеллектуальные процессы, исчезает любознательность, находчивость. Не возникает идей, которые можно назвать свежими. Любая интеллектуальная деятельность вызывает быстрое утомление. Фиксация на одних и тех же мыслях, жалобах, стереотипных сомнениях напоминает навязчивые состояния, «умственную жвачку». Речь обычно бедна словами и замедлена. Человек не сразу отвечает на вопрос, подолгу молчит [7].

Эти нарушения, как и физические, социальные, психологические и профессиональные, – последствия употребления алкоголя, различаются по степени тяжести. Однако из-за их медленного появления связанные с алкоголем когнитивные нарушения часто упускаются при назначении лечения. При этом они могут препятствовать целям лечения через их влияние на процессы обработки информации. Тем не менее некоторое восстановление таких когнитивных нарушений часто происходит после прекращения приема спиртного [9]. Потенциальная обратимость когнитивного дефекта, в частности нарушений памяти и перцептивно-моторных навыков, возможна при раннем начале терапии. Однако некоторые когнитивные функции, в частности исполнительные и зрительно-пространственные, могут хуже поддаваться восстановлению. Также существуют исследования, свидетельствующие о наличии значимого резидуального дефицита или не обнаружившие улучшения когнитивных функций спустя год и более после прекращения приема алкоголя пациентами с синдромом зависимости от алкоголя.

Известно, что когнитивные симптомы являются осевыми симптомами депрессии и у большинства пациентов наблюдаются на протяжении всего периода течения заболевания [10, 11].

Когнитивные симптомы проявляются как проблемы с концентрацией внимания, нерешительность, трудность планирования, замедленное мышление. Депрессивному мышлению с когнитивными нарушениями свойственны незрелость и примитивность, содержание сознания имеет черты категоричности, полярности, негативности и оценочности (по принципу «все или ничего»).

Они влияют на многие аспекты жизни пациента, приводят к нарушению его профессиональной деятельности и социального функционирования [12]. Улучшение когнитивных функций у таких пациентов повышает их трудоспособность и способствует функциональному восстановлению дома и на работе [13].

Цель исследования

Изучение влияния депрессивных расстройств на когнитивную сферу у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП).

Материалы и методы

В исследовании приняла участие: основная группа (I группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие метод комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии (150 пациентов: 100 пациентов ЛТП № 1 и 50 пациентов ЛТП № 5).

Группа сравнения (II группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие стандартную программу медико-социальной реадaptации с обязательным привлечением к труду (150 пациентов: 100 пациентов ЛТП № 1 и 50 пациентов ЛТП № 5).

Средний возраст пациентов в ЛТП № 1 составил $39,8 \pm 9,4$ года; в ЛТП № 5 – $41,5 \pm 9,01$ года. Средний стаж злоупотребления алкоголем у пациентов ЛТП № 1 – 16,5 года, пациентов ЛТП № 5 – 16,7 года.

Использовались методы: клинико-психопатологический (диагностика по критериям V (F) раздела МКБ-10 [14], клинического интервью и оценки (оценка тяжести зависимости (Бел-ИТА/В-ASI) (Версия № 1) [15]), шкала депрессии Бека [16]).

Результаты и обсуждение

С помощью оценки данных Бел-ИТА/В-ASI был выявлен имеющийся уровень социализированности и потребности в помощи пациентов относительно вопросов потребления алкоголя, взаимоотношений с людьми, проблем с законом, наличием проблем с жильем и финансовой стабильностью, вопросов трудоустройства и досуга. Полученные данные о потребности в помощи в четырех сферах: касательно отношения к алкоголю – 95%; проблемы с законом – 87%; проблем с работой – 82%; конфликтные взаимоотношения в семье – 92%. Показатели профиля проблем в данных директориях подтверждают необходимость проведения данным лицам комплексной реабилитации.

Выявленное превалирование наличия в семейном анамнезе алкогольной наследственности по линии отца – 52,5% и деда – 22,5%, по отношению к другим родственникам подтверждает доминирующее влияние на формирование

в последующем алкогольной зависимости наследственности по отцовской линии. Отмеченные во время проведения интервью жалобы пациентов у значительного количества свидетельствовали о наличии признаков имеющейся «доалкогольной» депрессии: «выпивал, чтобы снять тоску», «выпью и только тогда поднимается настроение», «я лечил себя от одиночества и подавленности выпивкой». Таким образом, прием алкоголя часто оправдывался ими необходимостью улучшения настроения и снижения чувства тревоги от различных стрессовых переживаний. Характер формирующейся зависимости незаметно трансформировался у них из эпизодического в системный. Постепенное нарастание негативных последствий, так называемой «лечебной алкоголизации» все чаще приводило к возрастанию рецидивов злоупотребления алкоголем, появлению депрессии, углублению социальной и семейной дезадаптации, приведшей к направлению в ЛТП.

Результаты, полученные с помощью Шкалы депрессии Бека, согласуются с данными проведенного интервью, в котором пациенты отмечали свое состояние: «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».

В исследовании у большинства пациентов – 88% пациентов ЛТП № 1, 73% пациентов ЛТП № 5 – были выявлены различного уровня депрессивные проявления. Проведенный анализ степени выраженности депрессивных симптомов по шкале депрессии Бека у пациентов ЛТП № 1 и ЛТП № 5 подтвердил, что из 21 симптома депрессии наиболее выраженными явились: снижение настроения – у 79% I группы и 77% II группы ЛТП № 1 и у 62% I группы и 68% II группы ЛТП № 5; пессимизм относительно будущего – у 81% I группы и 77% II группы ЛТП № 1 и у 86% I группы и 80% II группы ЛТП № 5; чувство несостоятельности – у 68% I группы и 74% II группы ЛТП № 1 и у 64% I группы и 68% II группы ЛТП № 5; неудовлетворенность собственной жизнью – у 87% I группы и 86% II группы ЛТП № 1 и у 68% I группы и 84% II группы ЛТП № 5; наличие чувства вины – у 77% I группы и 77% II группы ЛТП № 1 и у 70% I группы и 88% II группы ЛТП № 5; ощущение наказанности – у 83% I группы и 84% II группы ЛТП № 1 и у 80% I группы и 84% II группы ЛТП № 5, идеи самообвинения – у 64% I группы и 74% II группы ЛТП № 1 и у 44% I группы и 68% II группы ЛТП № 5. Более чем у 50% пациентов в обеих группах отмечено также наличие симптомов раздражительности, расстройства сна, отвращение к самому себе. Таким образом, из 21 симптома депрессии у пациентов ЛТП № 1 и ЛТП № 5 10 были проявлены в выраженной степени, что подтверждает наличие депрессивной симптоматики в структуре алкогольной зависимости данных

лиц. Наличие тревожно-депрессивных нарушений являлось predisпозицией к последующему злоупотреблению алкоголем. Наличие депрессивных проявлений способствовало углублению тяжести клинической симптоматики и усложняло проявление патологического влечения к алкоголю, провоцировало возникновение рецидивов.

Результаты оценки уровня выраженности депрессии у пациентов I и II групп ЛТП № 1 и ЛТП № 5 представлены в таблице.

Полученные данные свидетельствуют, что статистически значимых отличий между исследуемыми группами выявлено не было, только у 12% лиц ЛТП № 1 и у 20% ЛТП № 5 отсутствовали проявления депрессии.

Различные уровни депрессии в обоих ЛТП также не выявили статистически значимых отличий между лицами, находящимися в условиях ЛТП. Проявления легкой депрессии отмечались практически у 20% лиц ЛТП № 1 и у 22% ЛТП № 5; проявления умеренной депрессии – у 11% I группы и 9% II группы ЛТП № 1 и у 22% I группы и 14% II группы ЛТП № 5; а вот проявления выраженной депрессии были значительными – у 42% I группы и 34% II группы ЛТП № 1 и у 14% I группы и 54% II группы ЛТП № 5; признаки тяжелой депрессии отмечались – у 15% I группы и 26% II группы ЛТП № 1 и у 16% I группы и 8% II группы ЛТП № 5.

Из двух субшкал депрессии: когнитивно-аффективной и соматических проявлений наиболее выраженными оказались изменения в когнитивно-аффективной сфере.

Когнитивно-аффективные проявления депрессии в обеих группах ЛТП № 1 и ЛТП № 5 подтверждались высокими показателями: снижения настроения – 69,5%, пессимизма – 81,5%, чувства несостоятельности – 69%, неудовлетворенностью жизнью – 77,5%, чувством вины – 79%, ощущением наказанности – 82%, отвращением к самому себе – 63,5%, идеями самообвинения – 69%.

Результаты оценки уровня выраженности депрессии у пациентов I и II групп ЛТП № 1 и ЛТП № 5, %

Уровень выраженности депрессии	ЛТП № 1			ЛТП № 5		
	I группа (n=100)	II группа (n=100)	P	I группа (n=50)	II группа (n=50)	P
Отсутствует	12	12	0,338	34	20	0,057
Легкая	20	19	0,873	22	14	0,182
Умеренная	11	9	0,655	14	4	0,059
Выраженная	42	34	0,497	14	54	0,001
Тяжелая	15	26	0,047	16	8	0,102

Из соматических проявлений наиболее частым оказалось расстройство сна – у 65,5% лиц. На наличие инсомнии еще до направления в ЛТП указывали 60% пациентов, объясняя прием спиртного необходимостью улучшения сна «выпивал, чтобы заснуть», «хорошо спится после расслабления от выпитого». Таким образом, появление бессонницы, в периоде, предшествующем направлению в ЛТП, свидетельствует о наличии тревожно-депрессивных нарушений.

Полученные данные о наличии проявления легкой депрессии – у 19,7% пациентов, умеренной – у 9%, выраженной – 36%, тяжелой – у 16,2% пациентов обеих групп ЛТП № 1 и ЛТП № 5 свидетельствуют о имеющейся коморбидности депрессии и алкогольной зависимости и подтверждают, что алкогольная зависимость увеличивает риск появления депрессивного расстройства.

Таким образом, у значительного количества исследуемых пациентов – 88% ЛТП № 1 и 73% ЛТП № 5 – отмечено наличие серьезных когнитивно-аффективных нарушений проявляющихся: аффективными нарушениями с подавленным гневом, дисфорией, постоянным чувством тревоги о будущем, пессимизмом, чувством несостоятельности и вины, чувством наказанности; мотивационными с потерей положительной мотивации, отсутствием чувства удовлетворенности от жизни, нарастанием избегающих тенденций, возрастанием алкогольной зависимости; поведенческими с пассивностью, избегающим поведением, небрежным отношением к личной гигиене и ежедневным обязанностям, самостигматизацией и обвинением родных и близких, нарастанием дефицитарности социальных навыков; физиологическими с расстройством сна, постоянным чувством усталости, снижением работоспособности; когнитивными с значительными трудностями в при принятии решений, представлением любого жизненного вопроса как сложной и труднопреодолимой преграды, самобичеванием, самоуничижением, категоричным, полярным и негативным мышлением.

Заключение

Сочетание алкогольной зависимости и значительных когнитивно-аффективных проявлений депрессии у пациентов ЛТП сопряжено с большей степенью дезадаптации и высоким риском увеличения рецидивов и противоправных действий, что определяет необходимость оптимизации стратегий лечения пациентов с когнитивными нарушениями на стадии обратимых изменений и позволяет обеспечить сохранность когнитивного потенциала, исключить развитие алкогольной деменции.

Литература

1. Renner, J.A. Alcohol-associated dementia / J.A. Renner, J.C. Morris // Handbook of Dementing Illnesses. – 1994. – P. 393–412.
2. Harper, C. Alcoholism and dementia / C. Harper, D. Corbett // The Neuropathology of Dementia. – 1997. – P. 294–306.

-
3. Truelsen, T. Amount and type of alcohol and risk of dementia. The Copenhagen City Heart Study / T. Truelsen, D. Thudium, M. Gronbek // *Neurology*. – 2002. – Vol. 59. – P. 1313–1319.
 4. Adams, K. Neuropsychological deficits are correlated with frontal hypometabolism in positron emission tomography studies of older alcoholic patients / K. Adams, S. Gilman, R. Koeppe // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 1993. – Vol. 17. – P. 205–210.
 5. Crews, F.T. Mechanisms of neurodegeneration and regeneration in alcoholism / F.T. Crews, K. Nixon // *Alcohol and Alcoholism*. – 2009. – Vol. 44. – P. 115–127.
 6. Воробьева, О.В. Алкогольная нейропатия: клиника, диагностика, лечение / О.В. Воробьева // *Consilium medicum*. – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 144–146.
 7. Donaghy, M. Toxic and environmental disorders of the nervous system / M. Donaghy // *Brain's Diseases of the Nervous System*. – 1993. – P. 513–529.
 8. Дамулин, И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме / И.В. Дамулин, Т.Е. Шмидт // *Неврологический журнал*. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 4–10.
 9. Bates, M.E. A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders / M.E. Bates, J.F. Buckman, T.T. Nguyen // *Neuropsychology Review*. – 2013. – Vol. 1, № 23. – P. 27–47.
 10. Conradi, H.J. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study / H.J. Conradi, J. Ormel, P. de Jonge // *Psychol Med*. – 2011. – Vol. 41, № 6. – P. 1165–1174.
 11. Kiosses, D.N. Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression / D.N. Kiosses [et. al.] // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2001. Vol. 9, № 3. – P. 269–274.
 12. Marazziti, D. Cognitive impairment in major depression / D. Marazziti [et. al.] // *Eur J Pharmacol*. – 2010. – Vol. 626, № 1. – P. 83–86.
 13. Naismith, S.L. Disability in major depression related to self-rated and objectively measured cognitive deficits: a preliminary study / S.L. Naismith // *BMC Psychiatry*. – 2007. – Vol. 17. – P. 7–32.
 14. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинич. описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
 15. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В.В. Поздняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.03.2017.
 16. Beck, A.T. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck [et. al.] // *Archives of general psychiatry*. – 1961. – Vol. 4, № 6. – P. 561–571.
-