

## **Depresija ir piktnaudžiavimas alkoholiu**

*Parengė gyd. Deividas Šumskas, „Gintarinė klinika“, 2006 m.*

Įvairių autorių duomenimis, sergančiųjų alkoholizmu depresijų skaičius svyruoja nuo 28 iki 60 proc., ir tai yra 2–3 kartus daugiau negu visoje populiacijoje. Savižudybės tikimybė tokiais atvejais sudaro vidutiniškai 17,7 proc., tuo tarpu visoje populiacijoje – apie 4 proc. Literatūroje aptinkami duomenys rodo, kad depresija, atitinkanti didžiosios depresijos kriterijus, nustatoma apie 10 proc. priklausomų nuo alkoholio asmenų, o distimija – 30 proc. sergančiųjų.

### ***Priklausomybės nuo alkoholio ir depresijos patogenetinės sąsajos***

Alkoholizmą ir depresijos atsiradimą sieja bendra patogenetinė grandis. Nustatyta, kad etanolis sutrikdo monoaminų apykaitą, pirmiausia dopamino – neuromediatoriaus, atsakingo už emocinės sferos reguliavimą. Alkoholizmu sergančių asmenų depresijos patogenezėje svarbų vaidmenį vaidina taip pat ir serotonino apykaitos sutrikimas CNS. Nustatytas pagrindinio serotonino metabolito (5-hidroksiindolacto rūgšties – 5-HIAA) koncentracijos sumažėjimas smegenų skystyje sergantiesiems alkoholizmu, tarp jų tiems, kuriems pasireiškia depresijos simptomų ir suicidinės tendencijos. Nustatytas patologinio potraukio vartoti alkoholį sumažėjimas vartojant serotoninerginių antidepresantų ir jų normalizuojantis poveikis dopamininės sistemos aktyvumui.

Tačiau depresiniai sutrikimai gali būti nulemti ne tik betarpiško alkoholio poveikio CNS, bet ir psichogeninių priežasčių – asmens reakcijos į ligą, taip pat psichologinių, šeimyninių ir socialinių alkoholizmo pasekmių. Be to, latentinė endogeninė depresija gali būti alkoholizmo išprovokuota trigerinio mechanizmo principu. Taigi piktnaudžiaujančiųjų alkoholiniais gėrimais depresijos vystymuisi gali turėti įtakos įvairūs veiksniai.

### ***Afektinių sutrikimų sergantiesiems alkoholizmu atsiradimo variantai***

Hofmanas su bendraautoriais (1999 m.) išskyrė 3 galimus afektinių sutrikimų sergantiesiems alkoholizmu atsiradimo variantus:

- įgimto (konstitucinio) sugebėjimo reaguoti į įvairius aplinkos dirgiklius slenksčio sumažėjimas arba polinkis formuoti afektiniams sutrikimams ciklotimijos lygiu,
- antriniai (įgyti) depresiniai sutrikimai, atsirandantys dėl toksinio smegenų pažeidimo ir besiformuojančios encefalopatijos,
- neuroziniai sutrikimai, pasireiškiantys depresine simptomatika.

Pagal vystymosi mechanizmą visus sergančiųjų alkoholizmu depresinius sutrikimus galima suskirstyti į dvi pagrindines grupes:

- pirminės depresijos (endogeninės ir egzogeninės), kurios vystosi kaip pirminė patologija ir nėra alkoholizmo pasekmė,
- antrinės depresijos, kurios atsiranda dėl lėtinės alkoholinės intoksikacijos.

### ***Depresijos, pasireiškiančios drauge su priklausomybe nuo alkoholio***

Pirminės endogeninės ir psichogeninės depresijos. Jų vystymasis yra susijęs su pirminiu psichikos sutrikimu ir nėra priklausomybės nuo alkoholio pasekmė. Šiuo atveju priklausomybė nuo alkoholio yra antrinė (sutinkama tarp 17–20 proc. sergančiųjų depresija).

Antrinės depresijos yra lėtinės organizmo intoksikacijos alkoholiu pasekmė. Ši depresijos forma pasireiškia 40–60 proc. pacientų, kenčiančių dėl lėtinės priklausomybės nuo alkoholio.

### ***Pirminės depresijos***

Pirminės depresijos dažnai tampa alkoholizmo vystymosi priežastimi. Jų pasitaiko vidutiniškai 7–12 proc. tarp priklausomų nuo alkoholio asmenų, 15–20 proc. Tarp moterų ir 5 proc. tarp vyrų. Tokios depresijos vystosi kaip pirminė psichikos patologija, o alkoholizmas jau formuojasi jai esant kaip antrinis sutrikimas. Taigi kalbama apie dviejų ligų pasireiškimą vienu metu.

### ***Priklausomybė nuo alkoholio***

Pirminė priklausomybė nuo alkoholio (vystosi savaime, pagal savo klinikinius dėsningumus). Antrinė priklausomybė nuo alkoholio (vystosi kaip pirminio psichikos sutrikimo pasekmė). Antrinis simptominis piktnaudžiavimas alkoholiu (jo pasireiškimas glaudžiai susijęs su pagrindinio psichikos sutrikimo paūmėjimu). Antrinė tikroji priklausomybė (pradžioje pasireiškia kaip pirminio psichikos sutrikimo pasekmė, o po to įgyja savarankišką charakterį, kaip pirminės priklausomybės nuo alkoholio metu). Paprastai tai endogeninė dvipolė arba vienpolė depresija. Alkoholizmas gali formuotis dar iki afektinio endogeninio sutrikimo arba atsirasti jau pasireiškus endogeniniam sutrikimui.

Bendra endogeninės depresijos ir alkoholizmo eiga pasitaiko gana dažnai. Dar E.Krepelinas (1908 m.) pastebėjo, kad maždaug 43,5 proc. sergančiųjų dvipoliu afektiniu sutrikimu piktnaudžiauja alkoholiu. Įvairių autorių duomenimis, nuo 45 iki 65 proc. sergančiųjų dvipoliu sutrikimu piktnaudžiauja alkoholiniais gėrimais. Ligoniams, kuriems atsiranda afektinių sutrikimų, dažniausiai pasitaiko antrinis simptominis alkoholizmas, t.y. piktnaudžiavimas alkoholiu sutampa su manijos arba, dažniau, su depresijos periodu. Alkoholio vartojimo priežastis tokiems ligoniams yra noras išsivaduoti nuo prislėgtumo būsenos, liūdesio, nerimo, vangumo, vienatvės jausmo ir vidinio tuštumo jausmo. Alkoholis tokiems ligoniams tampa lyg vaistas, todėl pacientai jį vartoja norėdami išsivaduoti nuo diskomforto, o ne dėl noro apsvaigti. Gilėjant endogeninei depresijai, alkoholio vartojimas gali visiškai nutrūkti. Taip atsitinka dėl psichomotorinio slopinimo gilėjimo, kuris trukdo realizuoti potraukį vartoti alkoholį. Remisijos periodu tokie ligoniai gali susilaikyti arba epizodiškai vartoti alkoholį. Tuo metu jiems nebūna patologinės traukos vartoti alkoholį ir išlieka kiekybinė kontrolė. Tačiau gali pasitaikyti ir antrinis tikrasis alkoholizmas, kada visi pagrindiniai alkoholizmo simptomai išlieka periodu tarp afektinio sutrikimo fazių.

### ***Pagrindinių alkoholizmo simptomų pasireiškimas, atsižvelgiant į depresijos struktūrą (I.A.Oife, 1990)***

<b>Depresijos struktūra</b>	<b>Alkoholizmo pasireiškimo ypatybės</b>
Distiminė	Alkoholio vartojama daug, aiški generalizuota alkoholio vartojimo forma, didelė tolerancija, vyrauja ilgi piktnaudžiavimo alkoholiu periodai.
Nerimastinga	Potraukis vartoti alkoholį silpnas, tolerancija alkoholiui sumažėjusi, alkoholis vartojamas vienuose. Pointoksikaciniu periodu galimas nerimo, liūdesio paūmėjimas ir suicidinių tendencijų rizikos padidėjimas.
Apatoadinaminė	Saikingai padidėjęs potraukis vartoti alkoholį, tolerancijos alkoholiui sumažėjimas.

Endogeninės depresijos, susijusios su alkoholizmu, gali pasireikšti ne tik kartu su afektiniais sutrikimais, bet ir su šizofreninio spektro sutrikimais. Žinoma, jog alkoholizmas, sergant šizofrenija, išryškėja 10–20 proc. atvejų ir dažniausiai susijęs su mažai progresuojančiomis formomis (šizotipinis sutrikimas pagal TLK–10), kai klinikoje

vyrauja afektiniai ir asmenybės pakitimai. I.F.Oife (1990 m.) duomenimis, tarp sergančiųjų endogenine depresija ir piktnaudžiaujančiųjų alkoholiu buvo 63 proc. sergančiųjų šizofrenija (55 proc. mažai progresuojanti ir 8 proc. – progresuojanti priepuolinė šizofrenija) ir 37 proc. – afektiniais sutrikimais (dipolis afektinis sutrikimas ir ciklotimija pagal TLK–9). Šiuo atveju vyravo subsichozinio lygio depresijos.

Nepaisant to, kad vienkartinis alkoholio pavartojimas laikinai pašalina nerimą ir pagerina nuotaiką, ilgalaikė alkoholizacija, vedama prie pointoksikacinės būsenos ir abstinencijos sindromo, pasunkina bet kokios endogeninės depresijos eigą. Tai pasireiškia suicidinių tendencijų padažnėjimu, depresijos fazių užsitęsimu ir rezistentiškumo timoanalepsinei terapijai formavimusi. Savo ruožtu depresija labai pablogina alkoholizmo prognozę: skatina ligos recidyvus, ilgalaikius gėrimus ir pasunkina psichoterapinį poveikį. Be to psichopatologinė depresijos struktūra daro įtaką pagrindiniams alkoholizmo sindromams – tolerancijai, potraukio alkoholiui stiprumui ir jo vartojimo formai. (žr. lentelę). Mažiau išstudijuota yra alkoholizmo vystymosi problema sergantiesiems vadinamosiomis mažosiomis depresijų formomis – distimija, neuroziniais ir nerimo-fobiniais sutrikimais. Nors piktnaudžiavimas alkoholiu ir kitomis psichotropinėmis medžiagomis šių būsenų metu pastebimas 3 kartus dažniau negu dvipolės ir vienpolės depresijos metu.

Alkoholizmas pasunkina šių sutrikimų diagnostiką, kadangi maskuoja pastarųjų simptomatiką. Šie pacientai paprastai vartoja alkoholį norėdami sumažinti nerimo, depresijos simptomus ir fobinius išgyvenimus, kadangi alkoholis pasižymi stipriu anksiolitiniu poveikiu, panašiu į benzodiazepinų. Alkoholio vartojimo nutraukimas arba net dozės sumažinimas sukelia nerimo ir fobinių sutrikimų paaštrėjimą. Tai priverčia pacientus nuolat vartoti alkoholinius gėrimus, kartu formuojant priklausomybės nuo alkoholio vystymąsi pagal ydingo rato principus. Be to, alkoholizmas paprastai pasunkina jau esančius arba latentinę formą įgijusius nerimo-fobinius sutrikimus.

### ***Antrinės depresijos***

Antrinės depresijos yra lėtinės alkoholinės intoksikacijos pasekmė ir pasitaiko 40–60 proc. sergančiųjų lėtiniu alkoholizmu. Dažniau jos yra pagrindinių alkoholizmo sindromų (alkoholinio abstinencinio sindromo, pataloginio potraukio vartoti alkoholį ir alkoholinės asmenybės degradacijos) komponentai. Jos skiriasi pirminio afekto polimorfiškumu, o pagal stiprumą priklauso subdepresijoms ir daugeliu atvejų atitinka distimijos kriterijus. Skirtingai nuo endogeninės depresijos, joms nebūdingas vitališkumas ir cirkadinis ritmas. Atsižvelgiant į afektą skiriamas nerimastingas, nerimastingas-liūdnumo, liūdnumo, astenoadinaminis, apatinis ir disforinis antrinių subdepresijų sergant alkoholizmu sindromų variantai.

### ***Alkoholinis abstinencinis sindromas ir afektiniai sutrikimai***

Alkoholinio abstinencinio sindromo struktūroje hipotimija ir nerimas pasireiškia 95 proc. atvejų. Tai būna vieni pirmųjų simptomų, atsirandančių iš karto po staigaus alkoholio vartojimo nutraukimo ir pasireiškia bendru slopinimu, nerimastingumu, įtampa, baimingumu, kartais kliedėjimo idėjomis ar polinkiu į paranoidiškumą. Šie simptomai dažnai išlieka po somatovegetacinių ir neurologinių simptomų korekcijos ir išnyksta po 2–3 savaičių nutraukus alkoholio vartojimą. Remisijos metu ir skirtingais jos etapais gali atsirasti skirtingos struktūros depresinių sutrikimų. Dažnai jie pasireiškia kaip pirminio pataloginio potraukio vartoti alkoholį išraiška.

Remisijos metu daugiau negu pusei ligonių potraukis vartoti alkoholį išnyksta iš karto po gydymo, kitiems sumažėja palaiptui, per 2–6 mėnesius. Remisijos periodu potraukis vartoti alkoholį gali pasireikšti veikiant aplinkos faktoriams arba kaip nekoreguoto abstinencijos sindromo rezultatas. Pirminio potraukio vartoti alkoholį emocinis komponentas pasireiškia slopinimu, liūdesiu, neveiklumu ir abejingumu supančiai aplinkai.

Skirtingai nuo endogeninės depresijos, nebūna paros nuotaikų kaitos, stipraus psichomotorinio slopinimo, savęs apkaltinimo idėjų (pacientai viskuo kaltina aplinkinius, likimą, bet ne save). Kai kuriais atvejais emocinis komponentas pasireiškia išskirtinai nerimu arba disforiniais sutrikimais ir vidiniu diskomfortu, impulsyvumu ir agresyvumu. Galimos mišrios būsenos, pasireiškiančios kartu su liūdesiu, nerimastingumu, dirglumu ir emociniu labilumu

### ***Priklausomų nuo alkoholio asmenų depresinių sutrikimų gydymas***

Gydymas prasideda nuo alkoholio vartojimo nutraukimo, abstinencinio sindromo požymių šalinimo, detoksikacijos ir bendros stiprinamosios terapijos. Alkoholinio abstinencinio sindromo metu pirmenybė teikiama sedacinio poveikio antidepresantams. Dar neseniai dažniausiai buvo vartojamas amitriptilinas, kadangi antidepresantai, pasižymintys stimuliuojamuoju poveikiu, gali padidinti nerimą, sustiprinti nemigą ir potraukį vartoti alkoholį. Tuo tarpu amitriptilinas, kaip ir kiti tricikliai antidepresantai, turintys kardiotoksinį poveikį ir didelį adreno ir cholinolizinių aktyvumą, gali sustiprinti daugelį somatinių sutrikimų ir išprovokuoti alkoholinio delyro vystymąsi. Šia prasme patys saugiausi tampa naujos kartos antidepresantai, turintys sedacinį ir anksiolitinį poveikį, bet neturintys rimtų šalutinių poveikių ir pirmiausia – cholinolizinių ir kardiotoksinių savybių. Vienas tokių antidepresantų yra tianeptinas (Coaxil). Jis šalina ir abstinencijos sindromui, ir poabstinenciniam periodui būdingus sutrikimus. Tianeptino veiksmingumas gydant alkoholinį abstinencinį sindromą kompleksiniu būdu buvo patvirtintas daugelio klinikinių tyrimų metu. Greitai atsirandantis šio antidepresanto anksiolitinis poveikis leidžia skirti mažesnes trunkviliantų dozes abstinencijos periodu. Gydant abstinencijos sindromui ir poabstinenciniam periodui būdingus sutrikimus tianeptinas (Coaxil) pasižymi antidepresiniu, anksiolitiniu ir vegetacinę sistemą stabilizuojančiu poveikiu bei gali sumažinti pataloginį potraukį vartoti alkoholį. Labai svarbu ir tai, kad tianeptinas praktiškai nesąveikauja su kitais medikamentais, tad gali būti skiriamas drauge su kitais ir psichikos, ir somatinei būsenai koreguoti reikalingais vaistais.

Poabstinenciniu bei remisijos periodu antidepresanto pasirinkimas priklauso nuo depresijos struktūros bei gilumo. Esant liūdesiui ir apatoadinaminėms, astenoadinaminėms būsenoms, skiriama antidepresantų, pasižymintys stimuliuojamuoju arba subalansuotu veikimu, o esant nerimastingoms – preparatai, pasižymintys sedaciniu poveikiu. Daugelio daugiacentrių dvigubai aklų placebo kontroliuojamų klinikinių tyrimų metu buvo įrodytas tianeptino (Coaxil) veiksmingumas ir saugumas gydant kenčiančių dėl priklausomybės nuo alkoholio pacientų depresiją, tarp jų ir pacientų kurie be to serga ir įvairiomis somatinėmis ligomis. Net ir sergantiems kepenų ciroze pacientams dozės keisti nereikia. Ilgalaikis palaikomasis gydymas tianeptinu (Coaxil), kurio rekomenduojama vartoti po vieną 12,5 mg tabletę 3 kartus per dieną prieš valgį, sumažina spontaninio potraukio vartoti alkoholį atsinaujinimo ir ligos atkryčio tikimybę.

Nuo alkoholio priklausomų pacientų depresijai gydyti taip pat dažnai vartojami antidepresantai, priklausantys selektyviųjų serotonino reabsorbcijos inhibitorių (SSRI) grupei (paroksetinas, citalopramas, sertralinas, fluoksetinas, fluvoksaminas, escitalopramas) bei kitų grupių antidepresantai (mirtazapinas, trazodonas, doksepinas ir kt.), kurie gerai toleruojami ir veiksmingi nuo ciklotiminio ir atipinio neurozinio lygio depresijų. Antidepresantai, pasižymintys serotoninerginio aktyvumu, turi savybę (neskaitant timoanaleptinio veikimo) sumažinti potraukį vartoti alkoholį ir, dalies tyrimų duomenimis, 20–30 proc. sumažinti alkoholio suvartojimą. Pastebėta jų savybė gerinti atmintį ir kognityvines sergančiųjų alkoholizmu funkcijas.

***Kai kurie antidepressantai, rekomenduojami sergantiems alkoholizmu pacientams, kuriems pasireiškia antrinės depresijos***

*Fluoksetinas  
Moklobemidas  
Paroksetinas  
Citalopramas  
Sertralinas  
Fluvoksaminas  
Tianaeptinas  
Trazodonas  
Mirtazapinas  
Mianserinas  
Doksepinas*

Alkoholizmo ir endogeninės depresijos derinio atveju, be specifinės alkoholizmo terapijos, reikėtų gydyti ir endogeninį sutrikimą. Tokiais atvejais didžiausią dėmesį reikėtų skirti rekurentinės (vienpolinės) depresijos arba depresijos, besivystančios kaip sudedamoji dvipolio afektinio sutrikimo dalis, ir kitų endogeninių ligų diagnostikai. Tuomet tricikliai antidepressantai ir normotimikai tampa pirmiausia pasirenkamais medikamentaisais.

***Literatūra:***

- 1. Bilban M., Skibin L. Presence of alcohol in suicide victims // Forensic. Sci. Int. – 2005, 147, p. 9–12.***
- 2. Cornelius J.R., Maisto S.A., Martin C.S. et al. Major depression associated with earlier alcohol relapse in treated teens with AUD // Addict. Behav. – 2004, 29 (5), p. 1035–1038.***
- 3. Johnson B.A. Role of the serotonergic system in the neurobiology of alcoholism: implications for treatment // CNS Drugs. – 2004, 18 (15), p. 1105–1118.***
- 4. Malin D.I., Jankin E.V., Medvedev B.M. et al. Depressii u bolnykh alkogolizmom // Psichiatrija i psihofarmakologija. – 2004, 6 (5).***
- 5. Manwell L.B., Czabala J.C., Ignaczak M. et al. Correlates of depression among heavy drinkers in Polish primary care clinics // Int. J. Psychiatry. Med. – 2004, 34 (2), p. 165–178.***
- 6. Pettinati H.M. Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence // Biol. Psychiatry. – 2004, 56 (10), p. 785–792.***
- 7. Sullivan L.E., Fiellin D.A., O'Connor P.G. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review // Am. J. Med. – 2005, 118 (4), p. 330–341.***