

# Клинические варианты формирования панического расстройства на фоне хронического алкоголизма

ЦЫГАНКОВ Д.Б.

к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

ТЕРЕХОВА Д.А.

ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава РФ

н.с. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

АГАСАРЯН Э.Г.

ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава РФ

н.с. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии

ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава РФ

*На репрезентативном клиническом материале изучены клинико-динамические особенности течения алкогольной зависимости. Проведенное исследование позволяет осуществлять разработку программ дифференцированной терапии больных с сочетанным диагнозом алкоголизма и панического расстройства.*

Одним из наиболее серьезных физических факторов, способствующих обострению страхов у больных паническим расстройством (ПР), является злоупотребление алкоголем. Частота встречаемости ПР среди пациентов, госпитализированных с хронической алкогольной зависимостью, составляет, по различным источникам, от 2 до 27% и даже до 40% [1, 2, 3, 4]; сопутствующая хроническая алкогольная зависимость среди больных ПР выявляется в 9,5—24% случаев, по различным данным [5, 6, 7]. В литературе описываются различные варианты сочетанного течения алкогольной зависимости и ПР. Показано, что эффективность терапии алкоголизма понижается в несколько раз при наличии коморбидных тревожных расстройств. Дифференциальная диагностика тревожной симптоматики, непосредственно связанной с алкоголизмом, и тревожных расстройств, коморбидных алкоголизму, имеет принципиальное значение как для правильного построения исследований, посвященных коморбидным состояниям, так и для адекватного ведения этих пациентов.

Целью настоящего исследования стало изучение клинико-динамических особенностей течения алкогольной зависимости и панических расстройств.

В исследование было включено 214 больных с коморбидными алкоголизмом и ПР, проходивших стационарный курс лечения в наркологической клинической больнице №17 департамента здравоохранения г.Москвы и в специализированной клинической больнице №8 им. З.П. Соловьева. Алкогольная болезнь у этих больных предшествовала развитию ПР. Диагностика синдрома зависимости проводилась по МКБ-10 (F10.2 — Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя — синдром зависимости), стадии алкоголизма определяли в соответствии с классификацией Н.Н. Иванца

(1975 г.). Диагноз паническое расстройство выставлялся на основе диагностических критериев руководства МКБ-10. После прохождения стационарного курса лечения больные наблюдались амбулаторно и получали поддерживающую терапию. В дальнейшем осуществлялось катамнестическое наблюдение в течение не менее двух лет.

В результате клинических наблюдений за больными с коморбидными алкогольной болезнью и ПР было выделено 4 варианта сочетанного течения этих заболеваний.

В первую группу вошли пациенты, у которых появление панических атак (ПА) в структуре абстинентного синдрома явилось причиной последующего полного воздержания от спиртного в течение не менее чем 1 года (54 больных).

Во вторую группу были отнесены 58 больных, которые не делали попыток прекратить или уменьшить потребление спиртного после появления ПА. Напротив, развитие панического приступа сопровождалось приемом значительных доз алкоголя для снятия тревожной симптоматики, что обуславливало длительный запой.

Алкоголизм у пациентов третьей группы (50 чел.) преимущественно протекал в форме эпизодического пароксизмального употребления, характеризовавшегося чередованием алкогольных эксцессов и периодов трезвости, которые могли быть достаточно длинными (до полугода). На фоне усиления патологического влечения к алкоголю и приема значительных доз спиртного возникали приступы панического страха смерти или сумасшествия, сопровождавшиеся выраженными вегетативными и соматическими проявлениями. Эти больные обращались в скорую медицинскую помощь, часто попадали к врачам соматического профиля, при этом ПР зачастую оставалось не-

Общая характеристика больных хроническим алкоголизмом с ПР

Признак	Значение (р или р±SD)			
	1-я группа, N=54	2-я группа, N=58	3-я группа, N=50	4-я группа, N=52
Длительность АБ, лет	6,12±3,2	14,68±6,34	10,11±5,7	12,12±7,2
Стадия алкоголизма, чел.				
1	33	13	38	29
2	21	37	12	23
3	—	8	—	—
Форма злоупотребления алкоголем, чел.				
"Перебегающее" пьянство	19	9	31	15
Постоянные формы	5	28	—	7
Периодические формы	30	21	19	30
Длительность ПР, лет	5,74±2,46	6,89±4,06	2,74±2,26	5,9±6,12
Время от начала АБ до дебюта ПР, лет	2,13±2,45	7,79±4,51	8,8±2,16	—
Количество симптомов при ПА	6,13±2,04	2,13±1,36	8,79±4,11	7,19±3,21
Уровень тревоги, шкала Шихана, баллы	59,6±15,2	51,68±13,4	62,1±11,7	58,9±9,92
Ситуационная обусловленность (прием больших доз алкоголя), %	90,74	86,84	100,0	—
"Самолечение" алкоголем, %	3,70	100,00	16,00	78,85
Ночные ПА, %	29,63	26,32	46,00	28,85
Длительность ПА, мин	51,05±36,13	12,05±16,53	20,4±13,1	40,22±23,66
Частота приступов, раз в месяц	5,2±3,78	1,29±0,69	—	6,72±3,01
Агорафобия, %	72,22	5,26	64,00	51,92
Обращение за скорой медицинской помощью, %	77,78	36,84	92,00	34,62

Распределение диагностических симптомов ПА у больных хроническим алкоголизмом

Симптом	% *			
	1-я группа, N=54	2-я группа, N=58	3-я группа, N=50	4-я группа, N=52
Психические симптомы				
Страх смерти	88,89	86,21	100,00 <sup>1,2</sup>	94,23
Страх сойти с ума или потерять самообладание	27,78	15,52	14,00	13,46
Беспредметный выраженный страх	22,22	10,34	18,00	15,38
Деперсонализация или дереализация	29,63	15,52	34,00 <sup>2</sup>	26,92
Вегетативные симптомы				
Сильное сердцебиение, учащенный пульс	96,30	89,66	96,00	86,54
Потливость	74,07	84,48	94,00 <sup>1,3</sup>	73,08
Озноб, тремор	81,48	67,24	86,00 <sup>2</sup>	75,00
Ощущение нехватки воздуха, одышка	75,93	74,14	76,00	76,92
Затруднение дыхания, удушье	74,07	48,28 <sup>1,3</sup>	80,00	63,46
Боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки	72,22	62,07	74,00	75,00
Тошнота или другой вегетативный дискомфорт	68,52	48,28 <sup>1</sup>	60,00	67,31
Ощущение головокружения, неустойчивость или предобморочное состояние	75,93	72,41	82,00	80,77
Волны жара или холода	81,48	79,31	84,00	76,92
Дополнительные симптомы ПА	37,04	51,72	22,00 <sup>2,4</sup>	59,62 <sup>1,3</sup>
Примечание. * Сумма значений может превышать 100%, так как возможно несколько вариантов ответов; <sup>1, 2, 3, 4</sup> — p<0,05 при сравнении с группой с указанным порядковым номером				

диагностированным. Воздержание от алкоголя длительностью в среднем около года было основано на страхе повторения панического приступа. В дальнейшем пациенты возвращались к приему алкоголя с некоторым опасением и осторожностью. Убедившись в хорошей переносимости алкоголя, они допускали его бесконтрольное употребление вплоть до развития в структуре абстинентного синдрома повторных ПА.

В четвертую группу вошли 52 пациента с хроническим алкоголизмом в анамнезе, у которых на фоне ремиссии алкогольной болезни появлялись ПА. Для облегчения состояния такие больные прибегали к алкоголю как терапевтическому средству, в результате развивался рецидив алкогольной болезни (АБ) с утяжелением ее течения.

Средний возраст обследуемых во всех группах составил 41 год, длительность АБ варьировала от 2 до 30 лет, длительность ПР — от 0,5 до 15 лет. Общая характеристика больных на момент прохождения курса стационарного лечения представлена в табл. 1, распределение диагностических симптомов ПА во всех выделенных клинических вариантах представлено в табл. 2.

Пациенты, у которых появление ПА в структуре абстинентного синдрома стало причиной последующего полного воздержания от спиртного, страдали алкоголизмом 1—2-й стадии. Длительность алкогольной болезни в среднем составляла 6 лет, преимущественно отмечалось перемежающееся (19 пациентов) и псевдозапойное (30 пациентов) пьянство. Дебют ПР развивался в среднем через 2 года после начала злоупотребления алкоголем. Длительность ПР на момент обследования составляла от 2 до 8 лет.

В личностном профиле этих больных, определяемом с помощью теста ММРІ в интерпретации Ф.П. Березина, преобладали ригидные черты, более чем у четверти обследованных (27,78%) выявлено ригидное (обсессивно-компульсивное) личностное расстройство. Так как у большинства из них (90,74% случаев) дебют ПР был отчетливо связан с алкогольными эксцессами, в межприступном периоде формировались проявления ригидной ипохондрии, из-за чего больные прекращали прием алкоголя, наступала ремиссия алкогольной зависимости. Панические приступы инициировали у этих пациентов беспокойство по поводу состояния своего здоровья: больные постоянно измеряли артериальное давление, считали частоту пульса, часто тщательно записывали эти показатели; 77,8% больных обращались в скорую медицинскую помощь в момент приступа. Они избегали выполнения тяжелой физической работы, психического напряжения, которые, по их мнению, могли усугубить проявления наблюдающегося у них сердечно-сосудистого, дыхательного или другого заболева-

ния. У больных появлялся интерес к чтению популярных периодических изданий, посвященных здоровью, они обращались к родственникам, друзьям, сослуживцам с просьбой дать оценку их здоровью. Многократные консультации у врачей различного профиля, повторные инструментальные исследования не принесли успокоения. Содержание разговоров и мыслей больных было полностью подчинено теме здоровья и заболевания. Приблизительно у трети пациентов (29,63%) наблюдались ночные ПА с частотой 2—3 раза в неделю.

Среди психических симптомов панической атаки у этой группы чаще встречался «страх смерти» ипохондрического содержания (88,9% пациентов), на втором месте были симптомы деперсонализации или дереализации (аллопсихическая и соматопсихическая разновидности деперсонализации — 29,6% случаев), чуть реже наблюдался «страх сойти с ума или потерять самообладание» (27,8% больных). Анализ частотного распределения вегетативных диагностических симптомов панической атаки показал, что среди них наиболее часто встречаются «сердцебиение, учащенный пульс» (96,3% пациентов), второе место по частоте распределения вегетативных симптомов у больных основной группы занимали «волны жара или холода» и «озноб, тремор» (81,48%), далее следовали «ощущение нехватки воздуха, одышка», «боль, дискомфорт в левой половине грудной клетки», «ощущение головокружения, неустойчивость, предобморочное состояние» (75,9, 72,2 и 75,9% соответственно). Реже всего (хотя и более чем у половины больных) наблюдались «тошнота, абдоминальный дискомфорт» (68,52% случаев). У 20 больных (37% случаев) выявлялись дополнительные симптомы панической атаки органического регистра, по-видимому, отражающие алкогольное поражение головного мозга. При этом доля пациентов с дополнительными симптомами ПА была достоверно ниже, чем в 4-й группе, что может указывать на положительный эффект полного отказа от алкоголя.

Катамнестическое наблюдение этой группы больных позволило выделить два варианта течения сформировавшегося ПР.

*Первый вариант* (подгруппа А, 41 пациент) характеризовался формированием стойкого ПР с возвращаемыми ситуационными и спонтанными ПА (согласно концепции D.V. Sheehan и K. Sheehan, [8]) и, в большинстве случаев, развитием агорафобии. Частота приступов составляла от 1 до 8 раз в месяц. В конечном итоге через некоторое время у этих больных отмечалось превалирование проявлений панического расстройства при минимальной выраженности алкогольной зависимости — первичного патологического влечения к алкоголю. Зачастую наблюдался

полный отказ от алкоголя в течение многих лет. Механизмом, запускающим панические атаки, стали повышение уровня стрессовой нагрузки и изменение эмоционального фона.

Описываемая психопатология не выходила за рамки невротического регистра.

Во *втором варианте* (подгруппа В, 17 больных) развития заболевания ПА являлись дебютом эндогенного процесса. В эту подгруппу вошли пациенты с ПР и алкогольной зависимостью в анамнезе, у которых в последующем было диагностировано шизотипическое расстройство.

Манифестации ПА предшествовал тревожно-фобический синдром. ПА сопровождалась ощущением собственной измененности, страхом за жизнь, потери сознания, сумасшествия. В дальнейшем быстро формировались агорафобия и избегающее поведение с опасениями оставаться одним, выходить из дома, пользоваться транспортом, с последующей постепенной трансформацией расстройств в ипохондрический синдром с охваченностью своим состоянием, фиксацией на теме здоровья, избегающим поведением, требованиями обследований и неоднократными госпитализациями в больницы с требованиями вылечить их от вегетососудистой дистонии, заболеваний сердца. В клинической симптоматике доминировали нозофобии (кардиофобия, инсультофобия, канцерофобия, спидофобия и др.), которые сочетались с симптомами астении (повышенная утомляемость, раздражительность, нарушения сна, вегетативные проявления) и повышенной тревожностью. У части пациентов шизотипическое расстройство манифестировало обсессивно-компульсивными и обсессивно-фобическими проявлениями. С раннего детского возраста у этих больных наблюдались форпост-симптомы в виде детских страхов. Дебют шизотипического расстройства сопровождался внезапным появлением очерченных, аффективно заряженных обсессий абстрактного содержания, тревожных мыслей, охватывающих все сознание больного, с формированием защитных ритуалов. По мере прогрессирования заболевания присоединялись ретроспективные навязчивости с перепроверками, на высоте идеобессивных расстройств исчезала критика к состоянию. Наряду с этим отмечались нерешительность и навязчивые сомнения, проявлявшиеся даже в бытовых вопросах. Содержание сомнений было различно: навязчивые бытовые опасения (заперта ли дверь, достаточно ли плотно закрыты окна или водопроводные краны, выключены ли газ, электричество), сомнения, связанные со служебной деятельностью (не перепутаны ли адреса на деловых бумагах, не указаны ли неточные цифры, правильно ли сформулированы или исполнены распоряжения). Иногда наблюдалось «помешательство сомнений».

В инициальном периоде неврозоподобных шизотипических расстройств в клинической картине доминировала сенсоипохондрия, представленная преимущественно сенестопатиями; были значительно выражены конверсионные расстройства, появлялись признаки соматизированной депрессии. Наблюдались спонтанные ПА с преобладанием соматовегетативных расстройств по типу дизестетических кризов частотой 2—4 раза в месяц, типичные соматовегетативные проявления панического приступа сопровождалась ощущением внезапной резкой слабости, потерей устойчивости, нечеткостью восприятия окружающего. Длительность панических атак обесценивалась не столько ретенцией симптомов острой тревоги, сколько растянутым на часы выходом из состояния. Теряющие остроту симптомы панической атаки сменялись выраженной астенией с ощущением физической слабости, вегетативной лабильностью, нестойкими телесными парестезиями. В межприступный период в качестве одной из определяющих черт астенических нарушений выступало снижение толерантности к нагрузкам, проявлявшееся резким усилением соматовегетативных и сопряженных с ними тревожных проявлений даже при незначительных физических или эмоциональных усилиях. Избегающее поведение было направлено в первую очередь на предотвращение ситуаций, требующих от пациентов физического или эмоционального напряжения. Больные достаточно уверенно чувствовали себя в одиночестве — тревога ожидания формируется лишь в ситуациях, требующих смены привычной обстановки. Персистирующие соматовегетативные проявления тесно были связаны с формированием малоразработанных по фабуле, но стойких фобий ипохондрического содержания.

Динамика развития заболевания сопровождалась постепенным нарастанием астенического дефекта с сужением круга интересов, снижением эмоциональной гибкости, нивелировкой индивидуальных личностных черт. В период манифестации выявлялась тенденция к развитию сверхценных ипохондрических расстройств, регистрировались суицидальные мысли без тенденции к их реализации. Усиливалась интенсивность панических атак, которые становились более продолжительными (до нескольких часов) и частыми (1—2 в неделю). При этом приступы видоизменялись, как бы «размывались»: происходило уменьшение вегетативных проявлений и усиление немотивированной тревоги; появлялась тенденция к генерализации тревоги с невозможностью самостоятельно пользоваться метро и наземным транспортом, а иногда и выходить из дома, что приводило к социальной дезадаптации больных. Страх смерти в составе ПА заменялся страхом потери сознания, самообладания. Поначалу ритуальные и контролирующие действия возникали на фоне тревожного ожидания панического приступа: перед выходом

из дома, спуском в метро и т.п., затем они усложнялись, становились разнообразными, нелепыми, немотивированная тревога ожидания приступа носила постоянный характер. Защитные ритуалы постепенно вытесняли первичный компонент обсессивных расстройств — фобии и навязчивости, приобретали характер сложных, необычных, вычурных привычек, поступков, умственных операций (повторение определенных слогов, слов, звуков, навязчивый счет и др.), подчас весьма напоминающих заклинания. Наблюдалось явления невротической деперсонализации — обостренное самонаблюдение, жалобы на потерю «чувственного тона», исчезновение яркости и четкости восприятия окружающего. Отмечалась редукция тревожно-фобических проявлений при сохраняющейся агорафобии; симптомы панического расстройства замещались стойкой астенией с нарастанием вегетативной лабильности и дальнейшим снижением толерантности к нагрузкам.

Для этой подгруппы характерно было отсутствие изменений личности по алкогольному типу (органического алкогольного благодушия, оживления при разговоре о выпивке) и легкое прекращение приема алкоголя с последующим отсутствием влечения к нему, несмотря на массивную алкоголизацию в анамнезе.

Во вторую группу обследованных с сочетанным течением ПР и АБ вошло 58 пациентов, у которых хронический алкоголизм также предшествовал развитию ПР. Впервые ПА возникли на фоне абстиненции, что способствовало продолжению алкоголизации. Длительность алкогольной болезни в этой группе составляла в среднем 15 лет, дебют ПР развивался через 3—11 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем. Для большинства больных были характерны средняя стадия хронического алкоголизма (37 чел.), постоянное либо периодическое (с псевдо- и истинными запоями) пьянство — 28 и 21 пациент соответственно.

В подавляющем большинстве случаев (86,84%) возникновение ПА было обусловлено длительным приемом больших доз алкоголя. На фоне обычного течения ААС появлялся панический страх того, что ухудшение самочувствия может привести к немедленной гибели или является следствием наличия у них серьезного заболевания (ПА рассматривалась как «сердечный приступ», «инсульт», «опухоль мозга», «приступ удушья»). Все без исключения пациенты сразу пробовали снимать панический приступ с помощью алкоголя, большинство из них утверждало, что подобное «самолечение» эффективно. Более того, больные алкоголизмом во время приступа убеждали членов своей семьи принести им спиртное, как единственный способ снять панический страх. Приблизительно в четверти случаев (25,86%) имели место ночные ПА.

Лишь немногим более трети пациентов (36,2%) обращались за скорой медицинской помощью в момент приступа. Особенное внимание при наблюдении за больными обращалось на наличие выраженного аффективного компонента: страха смерти, страха сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок. Такой подход обусловлен вероятностью гипердиагностики ПР у больных с тяжелым течением ААС, связанной со сходными вегетативными проявлениями. Характерным признаком развития ПА на фоне ААС являлось чувство страха, паники, ощущение, что ухудшение самочувствия может привести больного к гибели. Необходимо заметить, что в большинстве случаев пациенты с коморбидными ПР и алкогольной патологией охотнее обсуждали признаки тревожного расстройства, нежели особенности употребления алкоголя и связанные с этим нарушения поведения. Скорее, они были склонны отрицать или преуменьшать пагубный характер употребления алкоголя.

Ложное «самолечение» алкоголем в попытках притупить имеющиеся у пациентов тревожные переживания обуславливало непрерывную алкоголизацию и безремиссионное течение алкогольной зависимости. В целом, давность заболевания, характер злоупотребления алкоголем и другие клинические характеристики больных этой группы отражали большую тяжесть алкогольной зависимости. Отмечалась высокая интенсивность первичного патологического влечения к алкоголю, в структуре которого наблюдались как ассоциативные, аффективные и поведенческие компоненты, так и различные соматовегетативные проявления.

Все обследованные пациенты имели симптоматику ограниченных ПА, согласно концепции D.V. Sheehan и K. Sheehan, включающую в себя менее четырех симптомов ПА (согласно диагностическим критериям панической атаки МКБ-10). Так как вне ААС приступы не наблюдались, их можно отнести к типу «ограниченные по симптоматике ситуационные ПА». Средний уровень тревоги по шкале Шихана был ниже диагностического и составлял 51,68 балла.

Клинико-психопатологический и статистический анализ проявлений панической атаки позволил установить частоту и удельный вес тех или иных ее диагностических симптомов. Среди психических компонентов панической атаки у обследованных нами пациентов чаще всего наблюдался «страх смерти» (86,1% случаев): «чувствую, что сейчас умру», «сердце разорвется», «понимаю, что мне пришел конец». В части случаев (15,5%) наблюдался страх «сойти с ума или потерять самообладание», больные опасались совершить «неконтролируемый поступок», «навсегда» попасть в психическую больницу; с такой же частотой встречались деперсонализационные или дереализационные переживания, преимущественно аллопсихический вариант. У ряда пациентов (10,3%) страх

носил беспредметный, необъяснимый характер, хотя и был сильно выражен: «непонятно отчего очень страшно», «просто стало страшно». Изучение вегетативных симптомов показало, что среди них наиболее часто встречаются «сильное сердцебиение, учащенный пульс», «потливость» и «волны жара или холода» — 89,7, 84,5 и 79,3% пациентов соответственно. Реже всего — примерно в половине случаев (48,2%) — больные жаловались на затруднение дыхания, удушье и на тошноту (либо другой вегетативный дискомфорт, например, позывы к мочеиспусканию). Для 51,72% пациентов характерно было включение в клиническую картину панической атаки дополнительных симптомов (не являющихся диагностическими) — дисфория, слабодушие, вегетативные нарушения мочеиспускания, фотопсия. Агорафобия наблюдалась лишь у четырех больных.

Длительность ПА в среднем составляла менее 15 мин, т.е. меньше средней длительности панического приступа у больных без алкогольной зависимости. Частота приступов составляла 1—3 раза в месяц. В целом для этой группы обследованных была свойственна стертая симптоматика ПА, меньшая выраженность имевшихся психических и вегетативных компонентов приступа. Вышеописанные характеристики, по-видимому, связаны с приемом больших доз алкоголя сразу по возникновении тревожных переживаний, которые «заглушали» неприятные ощущения и останавливали приступ.

Несмотря на значительный эмоциональный стресс во время и после ПА и явную связь приступа с приемом алкоголя, отмечаемую самими больными, никто из вошедших в описываемую группу пациентов не делал попыток прекратить или уменьшить потребление спиртного, что говорило об отсутствии положительного воздействия развивающегося ПР на тягу к алкоголю. Вне алкоголизации у большинства больных панические приступы не наблюдались. Таким образом, в результате взаимовлияния тревожного ожидания (так называемой тревоги предвосхищения) панического приступа и патологического влечения к алкоголю происходило усиление их клинических проявлений и формирование порочного круга, когда вегетативная и тревожная симптоматика по мере увеличения количества употребляемого алкоголя становится более частой и выраженной, что приводит к более интенсивному злоупотреблению алкоголем.

В целом для этой группы больных с сочетанной тревожной и алкогольной патологией были характерны следующие клиничко-социальные явления и проблемы:

- полиморфизм симптоматики: появление в панической атаке симптомов органического регистра (дисфория, слабодушие, фотопсия, вегетативные нарушения мочеиспускания), что свидетельствует об органической неполноценности головного мозга, вероятно, алкогольного происхождения;

- стертая симптоматика: преобладание ограниченных по симптоматике ситуационных ПА;

- выраженное снижение социального (семейного, трудового и др.) функционирования;

- более тяжелое, безремиссионное течение алкогольной болезни.

В *третью группу* вошло 50 больных с коморбидными алкоголизмом и паническим расстройством, с эпизодическим приемом алкоголя. В подавляющем большинстве случаев возникновение ПА было обусловлено массивным приемом больших доз алкоголя. Панические расстройства впервые возникали у больных алкогольной зависимостью первой (38 чел.) — на фоне постинтоксикационных проявлений или второй стадии (12 чел.) — в состоянии ААС. На фоне обычного течения ААС появлялся панический страх того, что ухудшение самочувствия может привести к немедленной гибели или является следствием наличия у них серьезного заболевания (ПА рассматривалась как «сердечный приступ», «инсульт», «опухоль мозга», «приступ удушья»).

Алкоголизм у этих пациентов преимущественно протекал в форме эпизодического употребления, характеризовавшегося чередованием одно-двухдневных запоев и периодов трезвости, которые могли быть достаточно длинными (до полугода). Средняя продолжительность АБ на момент обследования составляла 10 лет, дебют ПР наступал позже, в других группах в среднем через 9 лет. В трезвый период сохранялась работоспособность. Семейный и социальный статус у таких больных был более сохранен, дезадаптация менее выражена, нежели в первых двух группах. У части больных со сформированной второй стадией течения алкоголизма перемежающееся пьянство было связано с начавшимся снижением толерантности; эта форма проявлялась в том, что на фоне постоянного пьянства с употреблением установившихся доз и утренним опохмелением периодически употреблялись более высокие дозы алкоголя, с последующим возвращением к более низким дозам или к кратковременному перерыву.

На фоне усиления патологического влечения к алкоголю и приема значительных доз спиртного возникали приступы панического страха умереть или сойти с ума, сопровождавшиеся выраженными вегетативными проявлениями и симптомами органического регистра. В этой группе преобладали 8—9 из 10 диагностических вегетативных симптомов, что свидетельствовало о более выраженных проявлениях вегетативной дисфункции и негативном влиянии хронической алкогольной интоксикации на вегетативную нервную систему. Для снятия приступа больные использовали различные подручные медикаменты (нашатырный спирт, валокордин, транквилизаторы); 16% пациентов пробовали снимать приступ алкоголем.

Специальные исследования, проведенные на больших контингентах [9], показали, что до 30% больных ПР прибегали к «скорой помощи», при том что в популяции этот показатель равен 1%. Большинство пациентов, вошедших в третью группу (92%) обращались в скорую медицинскую помощь, попадали к врачам соматического профиля, при этом ПР зачастую оставалось недиагностированным. Всего 12,96% пациентов когда-либо проходили специализированный курс лечения по поводу ПР. При поступлении в наркологическую клинику ПР было диагностировано всего у троих пациентов (5,56% от общего числа обследованных) с наиболее манифестными симптомами, которые при поступлении активно предъявляли жалобы на приступы страха и агорафобию. Таким образом, имеется значительная гиподиагностика ПР у больных, госпитализированных с хроническим алкоголизмом, несмотря на высокую частоту встречаемости этой патологии среди указанного контингента. Пациенты критически относились к своему состоянию, осознавали связь панических расстройств с алкоголизмом, что и послужило причиной обращения за наркологической помощью.

Среди психических диагностических симптомов ПА у всех пациентов третьей группы наблюдался «страх смерти», что достоверно чаще, нежели в первых двух группах. Более часто по сравнению с другими группами встречались деперсонализация или дереализация (34% случаев). Среди вегетативных симптомов преобладали «сильное сердцебиение, учащенный пульс», «потливость» и «озноб, тремор» — 96, 94 и 86% пациентов соответственно; в других группах эти симптомы встречались реже. Несмотря на значительную выраженность диагностических симптомов ПА, у больных этой группы реже всего по сравнению с другими вариантами сочетанного течения ПР и АБ наблюдались дополнительные симптомы панической атаки органического регистра, что может свидетельствовать о большей сохранности нервной системы благодаря более редкому употреблению алкоголя.

Все обследованные отмечали связь панического приступа с приемом алкоголя. В подавляющем большинстве случаев больные прекращали (в остальных случаях значительно снижали) употребление спиртного после приступа, развивалась ремиссия АБ длительностью до года. Вне алкоголизации у большинства больных панические приступы не наблюдались. Тяга к алкоголю в этот период отсутствовала либо была значительно снижена, таким образом, развитие ПР оказывало на ПА воздействие, сходное по эффекту с условнорефлекторным терапевтическим методом. Через некоторое время (от одного месяца до года) агорафобия исчезала и больные возобновляли

прием спиртного, сначала редко и в небольших дозах, постепенно возвращаясь к установившейся до развития ПР форме злоупотребления алкоголем. Затем на высоте ААС у них развивалась повторная развернутая паническая атака, пациенты вновь обращались за скорой медицинской помощью или поступали в наркологическую клинику, наступала следующая ремиссия. Замечено, что через несколько лет подобного сочетанного течения ПР и АБ длительность ремиссий и сроки возникновения панического приступа после возобновления алкоголизации снижались, ПА протекали более тяжело.

Паническое расстройство — один из самых значимых факторов, способствующих рецидиву алкогольной зависимости после лечения. У ряда обследованных, у которых АБ предшествовала ПР, дебют паники возникал в ситуации, не связанной с употреблением алкоголя. В четвертую группу было отнесено 52 пациента с 1—2-й стадией хронического алкоголизма в анамнезе. К моменту развития ПР у больных наблюдалась ремиссия алкоголизма длительностью от полутора до пяти лет. У большинства пациентов отсутствовали специфические изменения личности по алкогольному типу.

Так, на фоне клинической ремиссии АБ возникал приступ панического страха, нередко с проявлениями деперсонализации и дереализации, сопровождавшийся вегетативным дискомфортом. Чаще всего развитие приступа было спровоцировано какой-либо ситуацией: пребыванием в толпе, магазине, на эскалаторе, в вагоне метро, а также стрессом: ссоры в семье, конфликты на работе, нежелательная встреча с неприятными людьми, предстоящий экзамен, выступление и т.п. Длительность приступа составляла от получаса до часа. Большинство обследованных пациентов имело симптоматику развернутых спонтанных ПА, включавшую в себя более четырех диагностических симптомов. Для развившегося расстройства была характерна высокая частота приступов: до нескольких раз в неделю. ПА, как правило, не были ситуационно обусловлены и развивались как в состоянии абстиненции, так и вне связи с алкоголизацией. Кризы могли возникать в различные периоды суток; у некоторых больных они закономерно проявлялись либо в дневное, либо в ночное время. Изредка наблюдались панические атаки, в структуре которых не было страха, так называемая паника без паники; а также пароксизмы, с преобладанием чувства агрессии или раздражения. Постепенно развивалось ограничительное поведение больного, беспокойство в ожидании приступа. Около трети больных (34,62%) обращались за скорой медицинской помощью в момент приступа.

В составе ПА чаще всего наблюдался «страх смерти» (94,23% пациентов), деперсонализация или

дереализация встречались в 26,9% случаев. Вегетативная симптоматика была представлена преимущественно такими показателями, как «сильное сердцебиение, учащенный пульс» (86,5%), «ощущение головокружения, неустойчивость или предобморочное состояние» (80,8%), у 76,9% пациентов отмечались «волны жара и холода» и «ощущение нехватки воздуха, одышка». В этой группе была отмечена наибольшая выраженность дополнительных симптомов (59,62% случаев): наблюдались дисфория, слабодушие, фотопсии, вегетативные нарушения мочеиспускания. Приблизительно у половины пациентов (51,92%) развивалась агорафобия.

Регулярные ПА значительно декомпенсировали больных и снижали качество их жизни. Для облегчения состояния эти пациенты возвращались к приему алкоголя. Средний срок возобновления приема спиртного после развития ПР составлял 2—5 мес., развивался рецидив алкогольной болезни с утяжелением ее течения. ААС проявлялся не только вегетативными, но и выраженными психическими расстройствами: резко сниженное настроение с тревогой, чувством внутреннего напряжения, непоседливостью, опасениями за свое здоровье, идеями самоуничтожения. Частота и тяжесть панических приступов при приеме алкоголя не снижалась, что усугубляло состояние больного.

Таким образом, использование алкоголя как терапевтического средства при возникновении ПА приводило у этой группы больных к рецидиву АБ. В дальнейшем наблюдалось сочетанное течение алкоголизма и панического расстройства, при этом наличие ПР значительно усугубляло течение алкогольной болезни, наблюдалось выраженное снижение социального (семейного, трудового и др.) функционирования.

Проведенное исследование позволит разработать программы дифференцированной терапии больных, учитывающие клинико-динамические особенности со-

четанного течения алкогольной болезни и панического расстройства.

### Список литературы

1. Barros H.M., Stein A.T., Figueira I., Jorge M.R., Palermo L.H., Athayde L.D., Goncalves M.S., Spanemberg L., Possa M.A., Daruy Filho L., Da Silveira D.X. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment // *Compr. Psychiatry*. — 2006. — Nov—Dec. — Vol. 47(6). — P. 463—467. Epub. 2006, Apr. 21.
2. Segui J., Salvador L., Canet J., Herrera C., Aragon C. Comorbidity of panic disorder and alcoholism in a sample of 100 alcoholic patients // *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines*. — 1994. — May—Jun. — Vol. 22(3). — P. 137—142.
3. Segui J., Salvador L., Canet J., Aragon C., Herrera C. Comorbidity in panic disorders and alcoholism (II). Alcoholism in a sample of 148 patients with panic disorders // *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. — 1995. — Nov—Dec. — Vol. 23(6). — P. 288—292.
4. Chignon J.M., Lepine J.P. Panic disorder and alcoholism: effects of comorbidity // *Can. J. Psychiatry*. — 1993. — Sep. — Vol. 38(7). — P. 485—493.
5. Marquez M., Segui J., Canet J., Garcia L., Ortiz M. Alcoholism in 274 patients with panic disorder in Spain, one of the main producers of wine worldwide // *J. Affect. Disord.* — 2003. — Aug. — Vol. 75(3). — P. 237—245.
6. Otto M.W., Pollack M.H., Sachs G.S., O'Neil C.A., Rosenbaum J.F. Alcohol dependence in panic disorder patients // *J. Psychiatr. Res.* — 1992. — Jan. — Vol. 26(1). — P. 29—38.
7. Page A.C., Andrews G. Do specific anxiety disorders show specific drug problems? // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 30. — P. 410—414.
8. Sheehan D.V. *Sheehan Anxiety and Panic Attack Scales*. — Urjoh, Kalamazoo, MI, 1983.
9. Вегетативные расстройства / Под. ред. А.М. Вейна. — М., 2000.
10. Семке В.Я., Погосова И.А., Погосов А.В. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение). — Томск: Изд-во том. ун-та, 2003. — 191 с.
11. Цыганков Д.Б. Панические атаки в структуре алкогольных абстинентных состояний // XIV съезд психиатров России. (15—18 ноября, 2005 г., Москва). — М., 2005. — С. 375.
12. Коваленко А.Ю., Погосов А.В., Погосова И.А. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств // *Научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. — Курск: КМГУ. — 2005. — №2. — С. 75—83.