

КОЖИНОВА Татьяна Анатольевна

**ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН С
РАЗЛИЧНЫМИ АКЦЕНТУАЦИЯМИ ХАРАКТЕРА ПО ДАННЫМ
СТАЦИОНАРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

14.01.27 – «наркология»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор **Гофман Александр Генрихович**

Официальные оппоненты:

Шамов Сергей Александрович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий учебной частью кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России;

Бузик Олег Жанович - доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»;

Белокрылов Игорь Владленович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Медицинского института «Российский университет Дружбы народов».

Ведущее учреждение: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства Здравоохранения России.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2019 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: www.serbsky.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Алкогольная зависимость остается одной из серьезных медико-социальных проблем и связана с широким распространением среди населения. Алкоголизм может сказываться на здоровье будущих поколений и приводить к формированию фетального алкогольного синдрома (ФАС), что признано проблемой общественного здравоохранения (doi: 10.2471/BLT.11.020611). Анализ данных, представленных государственными наркологическими учреждениями России, свидетельствует о наметившейся тенденции к снижению показателей распространенности и первичной заболеваемости алкоголизмом за последние 10 лет. Число больных алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом в РФ уменьшилось с 25498 в 2016 г. до 19595 человек - в 2017 г., первичная заболеваемость АП снизилась с 17,4 больных до 13,3 на 100 тыс. населения соответственно, или на 23%. За последние 10 лет наметилась выраженная тенденция к снижению этого показателя. Так, по сравнению с уровнем 2004 г. (53,9 на 100 тыс. населения) он снизился в 4 раза (Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В., 2017). После 2008 г. наметилась тенденция к снижению потребления алкоголя и, по данным Росстата, на 2016 год он составляет 10,3 л/чел/год (сайт Росстата <http://cbsd.gks.ru/>). Это, видимо, обусловлено многими факторами, в том числе рядом государственных мероприятий. В рамках комплексного подхода к профилактике правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения обсуждается возможность расширения лечебно-профилактических мер за счет законодательного введения обязательного лечения в отношении этих лиц (Клименко Т.В., Козлов А.А., Романов А.А., 2015). Профилактика и комплексность подхода в лечении алкогольной зависимости связана, в том числе с использованием как медикаментозных методов терапии, так и различных психотерапевтических практик (Белокрылов И.В., Агибалова Т.В., 2008; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2008, 2016; Дудко Т.Н., 2011; Блохина

Е.А., Крупицкий Е.М., Брюн Е.А., 2010; Цыганков Б.Д., Шамов С.А. и др., 2013, 2016; Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др., 2014; Бузик О.Ж., Власовских Р.В., Шевякова Н.В. и др., 2015; Клименко Т.В., Козлов А.А., 2016; Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., 2016; Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж. и др., 2017; Щербак Е.А., Куташов В.А., Сиволап Ю.П. и др., 2018; Tolin D.F., 2010; Hester R.K., 2013; Wagner E.F. et al., 2014).

О связи алкоголизма с личностными особенностями и о влиянии личности на развитие заболевания писали многие авторы (Корсаков С.С., 1901; Суханов С.А., 1905; Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1978, 1983; Бехтель Э.Е., 1986; Альтшулер В.Б., 1988; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Пятницкая И.Н., 1994; Боев И.В., 1999; Белокрылов И.В., Даренский И.Д., 2002; Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Ильина Н.А., 2003; Менделевич В.Д., 2007; Клименко Т.В., Кирпиченко А.А., 2007; Минков Е. Г., 2016; Sheldon W.H., Stevens S.S., Tucher W.H., 1940; Amark C., 1951; Rosenfeld H., 1979; Joung F., 1983; Feuerlein W., 1984; Sontag H., 2000; Newton-Howes G., Foulds J., 2018; Rosenström T., Torvik F.A., Ystrom E., 2018).

Однако, актуальным для наркологии остается вопрос о связи личности с зависимым поведением и возможность прогнозирования формирования зависимости от алкоголя и др. ПАВ с учетом особенностей структуры преморбидной личности (Братусь Б.С., Сидоров П.И., 1984; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000, 2001; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001; Менделевич В.Д., 2005, 2007). Комплексная оценка клинико-динамических показателей и личностно-психологического функционирования дает возможность повысить качество лечебно-диагностической работы, а также, индивидуализировать лечебный процесс.

Цель исследования. Установить особенности формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера в рамках реализации индивидуального (личностного) подхода.

Задачи исследования

1. Установить особенности влияния личности в форме акцентуаций характера на формирование и клинико-динамические особенности (патопластический и патокинетический эффект) течения алкогольной зависимости.
2. Установить особенности формирования алкогольной зависимости у лиц с различными типами акцентуаций характера.
3. Установить клинико-динамические особенности течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера на различных этапах заболевания.
4. Установить особенности синдрома отмены алкоголя при сочетании алкогольной зависимости с различными акцентуациями характера (длительность, выраженность соматовегетативных и неврологических расстройств, выраженность и особенности психических нарушений).
5. Установить темпы формирования и особенности ремиссий алкогольной зависимости у лиц с различными типами акцентуаций характера.
6. Установить клинические особенности личностных изменений, наступающих в результате алкогольной интоксикации у лиц с различными типами акцентуаций, используя методы экспериментально-психологического тестирования.

Новизна результатов научного исследования

Проведено комплексное, междисциплинарное изучение феноменологии, закономерностей формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера. Получен ряд новых данных, пополняющих сложившиеся представления в наркологии и психиатрии. Установлены клинические особенности формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными типами акцентуаций характера. Подтверждена концепция патопластической взаимовлияющей роли личности и алкогольной зависимости.

Впервые в психиатрии-наркологии с целью обеспечения доказательности полученных результатов использована тройная группа контроля: 1) лица, страдающие алкогольной зависимостью без признаков акцентуации характера (условно гармоничные); 2) лица с расстройствами личности (РЛ), страдающие алкогольной зависимостью; 3) здоровые лица без признаков какой-либо зависимости.

Впервые дифференцированно описана динамика личностных особенностей на фоне развивающейся алкогольной зависимости у лиц с различными типами акцентуации характера. Впервые на основании тщательного изучения динамики алкогольной болезни у лиц с различной преморбидной структурой выявлены особенности болезни на разных ее этапах. Установлены особенности мотивации злоупотребления спиртными напитками на начальных этапах формирования зависимости у лиц с различными акцентуациями характера. Впервые, с опорой на личностные особенности больного алкогольной зависимостью, продемонстрирована успешность различных видов дифференцированного психотерапевтического подхода в системе терапевтических мероприятий.

Теоретическая значимость и практическая ценность работы

Личностный подход в современной наркологии недостаточно разработан, особенно, с точки зрения возможного формирования алкогольной зависимости на ранних этапах становления болезни при наличии тех или иных характерологических особенностей.

Полученные данные о связи различных акцентуаций характера с особенностями формирования и течения алкоголизма восполняют дефицит представлений о причинах формирования алкогольной зависимости, особенностях течения заболевания, возможности прогнозирования на ранних этапах исходов заболевания. Это позволяет разработать принципы профилактики алкогольной зависимости и лечения больных с учетом индивидуальных личностных особенностей. Результаты исследования

позволяют дифференцировать меры терапевтического и социально-реабилитационного воздействия, существенно оптимизировать лечебный процесс, использовать более эффективные индивидуализированные терапевтические схемы.

Результаты исследования предположительно будут использованы в практической деятельности врачей психиатров-наркологов, работающих в системе амбулаторной, диспансерной и стационарной помощи. Полученные данные могут быть полезными для специалистов, специализирующихся в смежных областях.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Алкогольная зависимость у лиц с различными акцентуациями характера имеет свои клинико-психопатологические и динамические особенности.
2. Алкогольная зависимость усиливает (заостряет) преморбидные черты характера параллельно увеличению длительности злоупотребления спиртными напитками, а также формирует новые патологические изменения личности. Это отражает изменения психической реактивности (психопатизация) и нарастающее морально-этическое снижение (формирование аддиктивной личности). Многолетняя интоксикация алкоголем вызывает появление органических изменений личности (психоорганического синдрома) с тем или иным уровнем интеллектуально-мнестических расстройств.
3. Имеются определенные различия в особенностях формирования, течения и исходов алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера и личностными расстройствами (РЛ). Коморбидная патология в форме РЛ определяет более злокачественное течение зависимости от алкоголя.
4. Акцентуации характера, расстройства личности и зависимость от алкоголя, имеют различный этиопатогенез. В процессе их взаимодействия (взаимовлияния) возникает общность патогенетических

механизмов. Это выражается в деструктивном влиянии хронической алкогольной интоксикации на личность с возможным нивелированием нозологических (характерологических) различий на отдаленных этапах заболевания.

Личный вклад соискателя

Соискателем самостоятельно разработана программа исследования, сформулированы его цели и задачи, самостоятельно проведено клинико-психопатологическое, психометрическое, психологическое обследование больных, собраны анамнестические данные, проведена статистическая обработка полученных данных. Соискатель является автором методологии, позволяющей оценить связь различных акцентуаций характера с особенностями формирования и течения алкогольной зависимости. Соискатель является автором дифференцированного подхода при проведении терапевтических мероприятия у больных алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне различных акцентуаций характера.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования были внедрены в практику учебной работы ФГУ «Московский научный исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, практику лечебной работы отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, «МНИИП» - филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Апробация работы

Основные материалы и положения диссертации доложены на 8-м, 9-м, 14-м, 15-м, 16-м, 19-м Российских национальных конгрессах «Человек и лекарство» (г. Москва 2001, 2002, 2007, 2008, 2009, 2012); на научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии (Москва, 2002); на XIV Съезде психиатров России (Москва, нояб. 2005) и XV

Съезде психиатров России (Москва, нояб. 2010); на Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных (Москва, 2006); на научно-практической конференции «Взаимодействие науки и практики» (Москва, 2007); на общероссийской конференции взаимодействия специалистов в оказании помощи при психических расстройствах (Москва, 2009); на Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению» (Москва, 2011).

Результаты исследования были доложены и обсуждались на заседании Проблемного совета по социальной, клинической наркологии и организации наркологической помощи ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. (25.06.2018).

Апробация диссертации состоялась 18.12.2018 г. на заседании Проблемного совета по социальной, клинической наркологии и организации наркологической помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Публикация материалов исследования

Материалы диссертации отражены в разделе «Хронический алкоголизм» учебника «Психиатрия. Справочник практического врача» под редакцией проф. А.Г.Гофмана (2006, изд. перераб. и доп. 2010, 2017, 2019).

Основные положения исследования содержатся в 24 опубликованных работах, 11 из которых - в журналах, рекомендованных ВАК РФ, 13 – в виде методических рекомендаций и в материалах сборников конференций.

Структура и объем диссертации

Основной текст диссертации изложен на 294 машинописных страницах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов исследования, двух глав содержащих изложение результатов проведенного исследования и их обсуждение, заключения, выводов

и приложения. В списке цитируемой литературы, изложенном на 51 странице текста, приведены 476 источников (в том числе 273 на русском языке и 203 - на иностранных). Диссертация проиллюстрирована 41 таблицей, 12 диаграммами и 1 графиком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования являлись 526 больных мужского пола в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст - $42,7 \pm 5,3$ лет), страдающих алкогольной зависимостью средней (второй) стадии, согласно критериям МКБ-10 (F 10.2).

Основную группу (алк. × акц.) составили 310 больных (средний возраст - $44,9 \pm 5,8$ лет), у которых была диагностирована алкогольная зависимость средней (второй) стадии в сочетании с различными характерологическими акцентуациями. Систематика, согласно которой приведено разделение на различные типы характерологических акцентуаций основывается на клиничко-анамнестических данных, клинической картине имеющихся личностных особенностей и исходит из классификаций П.Б. Ганнушкина (1933), Г.Е. Сухаревой (1959), А.Е. Личко (1977) и типов акцентуированных личностей у взрослых К. Леонгарда (1964, 1968). Изучались сведения, полученные от больных и их родственников, результаты обследования пациентов, а также данные медицинской документации. Одним из основных инструментов исследования являлась специально разработанная карта обследования лиц, страдающих алкогольной зависимостью и обнаруживающих различные акцентуации «*индивидуальная карта обследования больного*», в которой регистрировались общие анамнестические данные, основанные на данных анамнеза жизни и анамнеза заболевания, сведения о наследственности, раннем развитии, преморбидных чертах характера, социально-демографические характеристики. Для объективизации имеющихся акцентуаций – ярко выраженных основных черт характера - был использован опросник Шмишека-Леонгарда. Признаком акцентуации считалась величина, превосходящая 18

баллов. У всех обследованных больных показатель составлял 18 баллов и выше. Среди многообразия личностных акцентуаций, сочетающихся с алкогольной зависимостью, преобладающими в настоящей выборке оказались стеничные – 16,5% (n=51). Значительный удельный вес принадлежит циклоидам – 12,3% (n=38), ананкастным – 11,6% (n=36), сензитивным – 11,3% (n=35), шизоидам – 10,6% (n=33), эпилептоидам – 9,4% (n=29) и дистимичным – 9,0% (n=28). Другие варианты акцентуаций, в т.ч. аструктурные – 8,0% (n=25), конформные – 5,8% (n=18) и истероиды – 5,5% (n=17), представлены в меньшем количестве.

В контрольную группу I (алк.) вошли 140 больных (средний возраст - $46,8 \pm 6,1$ лет) – лица, страдающие алкоголизмом без признаков акцентуации характера (условно-гармоничные личности).

С целью сравнения особенностей формирования и течения алкогольной зависимости была сформирована контрольная группа II (алк.×РЛ) из 76 больных, страдающих алкогольной зависимостью в сочетании с расстройствами личности (РЛ). Систематика расстройств личности и поведения основана на клинко-анамнестических данных, клинической картине имеющихся личностных особенностей и исходит из критериев, изложенных в МКБ-10, соответствующих рубрикам F60 (специфические расстройства личности (F60.0-F60.9)) и F61.0. (смешанные расстройства личности). Учитывались критерии, разработанные П.Б. Ганнушкиным (1933), Б.В. Шостаковичем (1997, 2006), Ю.А. Александровским (2000, 2009), А.Б. Смулевичем (2007). Среди обследованных больных контрольной группы II (алк.×РЛ) выделены следующие типы личностных расстройств: 1) эмоционально-лабильное расстройство личности, импульсивный тип (F60.30) – 27,6% (n=21), 2) смешанные расстройства личности (F61.0) – 21,1% (n=16), 3) диссоциальное расстройство личности (F60.2) – 14,5% (n=11), 4) шизоидное расстройство личности (F60.1) – 13,2% (n=10), 5) зависимое расстройство личности (F60.7) – 11,8% (n=9), 6) истерическое расстройство личности (F60.4) – 7,9% (n=6), 7) тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6) –

3,9% (n=3).

Психологическому тестированию с целью доказательности исследования подверглась также *контрольная группа III (ЗЛ) здоровых лиц* - 50 человек мужского пола (средний возраст - $41,8 \pm 5,7$ лет) без признаков алкогольной зависимости и не злоупотребляющих спиртными напитками либо другими видами ПАВ.

Обязательным условием включения в исследование являлось наличие информированного согласия на участие в исследовании, одобренного локальным этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ.

Методы исследования

В качестве основных методов исследования использовались клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-катамнестический, психометрический и математико-статистический (пакет программ Statistica 7.0).

Оценка уровня социально-трудовой адаптации (СТА) на момент исследования проводилась на основании квантификационной шкалы, разработанной группой авторов (Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н., Минутко В.Л., Виноградова Л.Н., 1991), в которой рассматриваются три наиболее важных сферы отношений: семейно-бытовой, трудовой и социальной.

С целью регистрации тяжести СОА и динамики состояния в процессе терапии использовался глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма (Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н., Минутко В.Л., Виноградова Л.Н., 1991).

Для выявления и изучения клинической динамики алкогольной зависимости на различных этапах болезни - на этапе ремиссии, предрецидива и изменений в структуре СОА использовалась шкала самоотчета SCL-90-R (L. Derogatis et al., 1973, Тарабрина Н.В., 2001).

Психологическое тестирование включало в себя использование нескольких тестов - тест «Смыслжизненные Ориентации» (СЖО) для

изучения системы личностных смыслов (Леонтьев Д.А. и др., 1993); тест «Уровень Субъективного Контроля» (УСК) для изучения индивидуальных особенностей субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями (Бажин Е.Ф. и др., 1984) и методику Шварца (Schwartz, 1992; Smith, Schwartz, 1997) для изучения ценностей личности.

Для обработки экспериментального материала были использованы методы описательной статистики: определение среднего арифметического значения, медианы, моды, среднего квадратического отклонения (стандартного отклонения), доверительные интервалы среднего. Проводился корреляционный и факторный анализ полученных данных. Для сравнения достоверности различий между показателями в зависимости от характеристик распределения использовались параметрические и непараметрические статистические методы: критерий знаков, критерий Стьюдента, долевой критерий Стьюдента, коэффициент множественной регрессии, коэффициент корреляции рангов Спирмена, критерий Пирсона, критерий Фишера (Lloyd E., Lederman U., 1989; Mittag H.-J., Rinne H., 1995). Различия между показателями признавались достоверными при $p \leq 0,05$. Нормальность распределения при обработке опросника Шварца оценивалась с помощью критерия W-Шапиро-Уилка. Сравнение групп, в случае нормального распределения, проводилось с использованием параметрического критерия t-Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Особенности характера в основной группе (*алк.*) обследованных больных проявились уже в детстве, в подавляющем большинстве усилившись в пубертатном возрасте – у 70,3% (n=218), появились новые – у 13,2% (n=41). В постпубертатном периоде у 67,4% (n=209) больных особенности характера не изменились, у 23,0% (n=71) - сгладились, у 9,6% (n=30) - усилились. Патологических реакций дезадаптации, связанных с особенностями характера, а в последующем, и с присоединившейся алкоголизацией, в подавляющем большинстве случаев – 95.8% (n=297) не отмечено. Почти у трети больных – у

31,9% (n=99) наследственность отягощена алкогольной зависимостью или злоупотреблением алкоголем, в 4,2% (n=13) - психическими расстройствами. Деструкция семьи родителей (до пубертатного возраста) и воспитание одной матерью зарегистрированы у 13,2% (n=41) больных, воспитание в семье, где вместо отца был отчим – у 6,8% (n=21), воспитание в полных семьях – у 80% (n=248). В 26,5% (n=82) случаев зарегистрированы отклонения в воспитании, в т.ч. гиперопека, гипоопека, «ежовые рукавицы», условия повышенной моральной ответственности, условия жестких взаимоотношений. Подавляющее большинство больных получили высшее – 61,9% (n=192) и средне-специальное образование – 35,1% (n=109). Высшее образование в подавляющем большинстве случаев встречалось у *эпилептоидов* (n=25, 86,2%), *истероидов* (n=14, 82,6%), *стенчных* (n=42, 82,4%), *ананкастных* (n=27, 75%), *дистимичных* (n=19, 67,9%), *шизоидов* (n=18, 54,5%) и *циклоидов* (n=20, 52,6%). Средне-специальное образование чаще было представлено у лиц с *конформными* (n=14, 77,8%), *аструктурными* (n=19, 76%) и *сензитивными* (n=12, 57,1%) акцентуациями характера. На момент исследования работали в сфере обслуживания 67,4% (n=192) больных - занимали ведущие и руководящие посты, являлись квалифицированными сотрудниками. Среди них врачи, юристы, научные сотрудники – кандидаты технических, экономических, химических наук, специалисты компьютерных технологий, экономисты, бухгалтеры, инженеры-строители, художники-оформители и т.д. Около 12,2% (n=38) работающих являлись сотрудниками административного звена – руководителями, коммерческими и финансовыми директорами частных предприятий, менеджерами высшего звена. Социальное положение в *основной группе* (алк.×акц.) на момент обследования выглядело следующим образом: служащие – 61,9% (n=192) больных, рабочие – 17,1% (n=53), на пенсии – 8,4% (n=26), не трудоустроены – 12,6% (n=39). В браке состояли 69,0% (n=214) больных, среди них у 24,8% (n=77) брак повторный и у 20,3% (n=63) – незарегистрированный («гражданский»). Не в браке – 31,0% (n=96) больных, из

них в разводе – 30,2% (n=29), вдовствующих – 13,5% (n=13). Преобладали лица со средним – 45,5% (n=141) и высоким – 38,4% (n=119) уровнем социальной адаптации. Низкий уровень социальной адаптации отмечен у 11,9% (n=37) больных, дезадаптация (связанная с пьянством) – у 4,2% (n=13).

В контрольной группе II (*алк.×РЛ*) преобладали пациенты с низким уровнем социальной адаптации – 31,6% (n=12). Дезадаптация отмечена у 21% (n=8), что, в первую очередь, связано с патологическими реакциями, обусловленными характерологическими особенностями. Средний уровень социальной адаптации отмечен в 26,3% (n=10) случаев. У 51,3% (n=39) больных наследственность отягощена алкогольной зависимостью или злоупотреблением алкоголем, в 23,7% (n=18 человек) - психическими расстройствами.

Статистически достоверных различий по возрастным и анамнестическим показателям в основной (*алк.×акц.*) и контрольной группах I (*алк.*) выявлено не было, что делает их сопоставимыми. Следует подчеркнуть более молодой возраст ($34,4\pm 3,7$) контрольной группы II (*алк.×РЛ*) больных, страдающих алкогольной зависимостью и РЛ, по сравнению с основной (*алк.×акц.*) - $44,9\pm 5,8$ ($p=0,00024$) и контрольной I (*алк.*) – $46,8\pm 6,1$ ($p=0,0049$).

Различия показателей по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* установлены при обследовании лиц, отнесенных к *аструктурным, конформным, шизоидам и дистимичным*.

Установлен достоверно наиболее молодой возраст больных, отнесенных к группе *шизоиды* ($38,7\pm 5,1$, $p=0,0441$) и *аструктурные* ($34,6\pm 4,8$, $p=0,0027$).

Первое употребление алкоголя у *аструктурных* приходится на возраст $13,8\pm 0,8$ лет ($p=0,0027$), а у *конформных* - на $15,3\pm 1,6$ лет ($p=0,0413$). Этот возраст достоверно более ранний по сравнению с возрастом больных в контрольной группе I (*алк.*) – $17,2\pm 1,7$ года. Характерно статистически достоверное раннее начало систематического злоупотребления спиртными напитками: у *аструктурных* - $18,4\pm 1,6$ года ($p=0,0066$), у *конформных* -

22,3±1,8 года ($p=0,0320$) в отличие от контрольной группы I (алк.) - 28,6±3,3 года, а также более ранний возраст формирования СОА и, следовательно, средней (второй) стадии алкогольной зависимости – у *аструктурных* в 22,2±2,8 года ($p=0,0027$), у *конформных* - в 30,3±1,3 года ($p=0,0345$) в отличие от контрольной группы I (алк.) – 35,6±3,8 года.

Установлен более молодой возраст систематической алкоголизации у представителей группы *дистимичные* - 21,7±1,1 года ($p=0,0233$) по сравнению с контрольной группой I (алк.) - 28,6±3,3 года. Однако, несмотря на это, возраст формирования средней стадии алкогольной зависимости у *дистимичных* - 34,0±3,6 года, ($p=0,0988$) сопоставим с аналогичным возрастом представителей контрольной группы I (алк.) - 35,6±3,8 года.

Сравнение основных анамнестических и клинико-психопатологических показателей в *основной (алк.×акц.)*, *контрольной I (алк.)* и *контрольной II (алк.×РЛ)* группах выявило статистически достоверные данные, свидетельствующие о злокачественности течения алкоголизма у лиц с личностными расстройствами.

Характерен более молодой возраст больных *контрольной II (алк.×РЛ) группы* (34,4±3,7) по сравнению как с *контрольной I (алк.)* (46,8±6,1, $p=0,0049$), так и с *основной (алк.×акц.)* (44,9±5,8, $p=0,00024$) группами. Отмечен более ранний возраст первого употребления алкоголя больными *контрольной II (алк.×РЛ) группы* (14,4±1,2) по сравнению, как с *основной (алк.×акц.)* (16,4±0,9, $p=0,0041$), так и с *контрольной I (алк.)* группами (17,2±1,7, $p=0,0016$), что достигает степени статистической достоверности.

Возраст начала систематической алкоголизации с постепенной утратой количественного контроля достоверно меньший в группе лиц, страдающих алкоголизмом в сочетании с личностными расстройствами *контрольной II (алк.×РЛ)* - 19,0±1,6 лет, чем в *основной (алк.×акц.)* группе (25,0±2,3, $p=0,0023$) и *контрольной I (алк.)* (28,6±3,3, $p=0,0011$) группах больных. Соответственно, возраст формирования средней (второй) стадии зависимости от алкоголя, о чем

свидетельствует появление соматоневрологических и психических симптомов СОА, также достоверно более ранний в *контрольной II (алк.×РЛ)* группе больных - $22,9\pm 2,4$ года, чем в *основной (алк.×акц.)* ($35,3\pm 4,3$, $p=0,0033$) и *контрольной I (алк.)* ($35,6\pm 3,8$ лет, $p=0,0031$) группах.

Мотивации первого употребления спиртного были практически одинаковы у представителей всех групп, в т.ч. и *контрольной I (алк.)*. В подавляющем большинстве случаев - $67,7\%$ ($n=210$) больные называли традиционный, *ритуальный (традиционный) характер* первого употребления алкоголя (окончание школы, получение диплома, празднование совершеннолетия, получение первой зарплаты). Реже, но в прямой связи с ритуальным потреблением, присутствовала исследовательская мотивация, *любопытство - интерес* «попробовать, что это такое» - $31,6\%$ ($n=98$).

Преобладающей мотивацией употребления алкоголя (по классификации В.Ю. Завьялова, 1990) на этапе систематической алкоголизации у лиц с различными акцентуациями характера является гедонистическая для *стеничных* ($\chi^2=8,21$ при $p=0,003$), *аструктурных* ($\chi^2=4,39$ при $p=0,028$) и *конформных* ($\chi^2=2,77$ при $p=0,035$); атарактическая - для *сенситивных* ($\chi^2=9,16$ при $p=0,004$), *шизоидных* ($\chi^2=13,51$ при $p<0,0001$), *циклоидных* ($\chi^2=6,03$ при $p=0,036$), *ананкастных* ($\chi^2=15,67$ при $p<0,0001$), *эпилептоидных* ($\chi^2=3,16$ при $p=0,025$) и *дистимичных* ($\chi^2=10,12$ при $p=0,002$); мотивация на гиперактивацию - у *дистимичных* ($\chi^2=6,47$ при $p=0,004$) и *циклоидов* ($\chi^2=7,29$ при $p=0,008$). Субмиссивная мотивация алкоголизации с целью самоутверждения, подражания окружающим характерна для *истероидов* ($\chi^2=17,59$ при $p<0,0001$), *циклоидов* ($\chi^2=2,88$ при $p=0,027$), *конформных* ($\chi^2=3,54$ при $p=0,039$) и *дистимичных* ($\chi^2=16,03$ при $p<0,0001$).

При развитии алкогольной зависимости средней (второй) стадии доминирующей становилась аддиктивная мотивация («испытать опьянение») ($92,6\%$, $n=287$), «без видимых причин, просто из-за появления тяги к

спиртному» (79,7%, n=247), «снять напряжение, повысить настроение», «после стрессов и конфликтов» (85,5%, n=265).

По мере поступательного развития заболевания подавляющее большинство больных (85,8%, n=266) отмечали изменение характера опьянения. Если первоначально у представителей всех исследуемых групп наиболее частым являлось опьянение веселое, эйфорическое, развязное, с характерной легкостью поведения (96,5%, n=299), то по мере развития средней (второй) стадии алкоголизма после непродолжительного этапа приподнятого настроения появлялись раздражительность и агрессивность (37,7%, n=117), более чем в 3 раза возрастала представленность седации с сонливостью (57,7%, n=179), усиливались обидчивость с подозрительностью (9,4%, n=29), появлялись замкнутость, отгороженность, стремление к одиночеству (11,6%, n=36).

Отмечено, что дисфория в опьянении на этапе сформированной средней (второй) стадии алкогольной зависимости по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* имеет большую представленность у представителей групп *эпилептоиды* (дисфория с агрессией ($\chi^2=13,72$ при $p<0,0001$)), *аструктурные* (дисфория с раздражительностью ($\chi^2=13,31$ при $p<0,0001$), дисфория с агрессией ($\chi^2=9,29$ при $p=0,002$)), *конформные* (дисфория с агрессией ($\chi^2=4,94$ при $p=0,026$)), *шизоиды* (дисфория с агрессией ($\chi^2=8,78$ при $p=0,003$)), *ананкастные* (дисфория с раздражительностью ($\chi^2=20,63$ при $p<0,0001$), дисфория с агрессией ($\chi^2=4,66$ при $p=0,031$)).

Седативное опьянение по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* больных чаще встречается у представителей *аструктурных* ($\chi^2=5,51$ при $p=0,019$), *дистимичных* ($\chi^2=11,02$ при $p=0,001$).

Депрессивные формы опьянения по сравнению с опьянением больных *контрольной группы I (алк.)* чаще встречаются у *истероидов* (депрессивное с обидчивостью ($\chi^2=16,38$ при $p<0,0001$)), *дистимичных* (депрессивное с замкнутостью ($\chi^2=12,42$ при $p<0,0001$)), *шизоидов* (депрессивное с

замкнутостью ($\chi^2=17,77$ при $p<0,0001$), депрессивное с обидчивостью ($\chi^2=7,05$ при $p=0,008$)), *сензитивных* (депрессивное с замкнутостью ($\chi^2=4,74$ при $p=0,01$)), , *эпилептоидов* (депрессивное с замкнутостью ($\chi^2=11,9$ при $p=0,001$)), депрессивное с обидчивостью ($\chi^2=3,99$ при $p=0,046$)), *циклоидов* (депрессивное ($\chi^2=11,67, p=0,001$)), *аструктурных* (депрессивное с замкнутостью ($\chi^2=7,34$ при $p=0,007$)), *конформных* (депрессивное с замкнутостью» ($\chi^2=5,14$ при $p=0,023$)).

У *сензитивных* ($\chi^2=11,78$ при $p=0,001$), *эпилептоидов* ($\chi^2=6,68$ при $p=0,01$) и *дистимичных* ($\chi^2=23,12$ при $p<0,0001$) по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* значительно реже можно отметить в опьянении черты дурашливости.

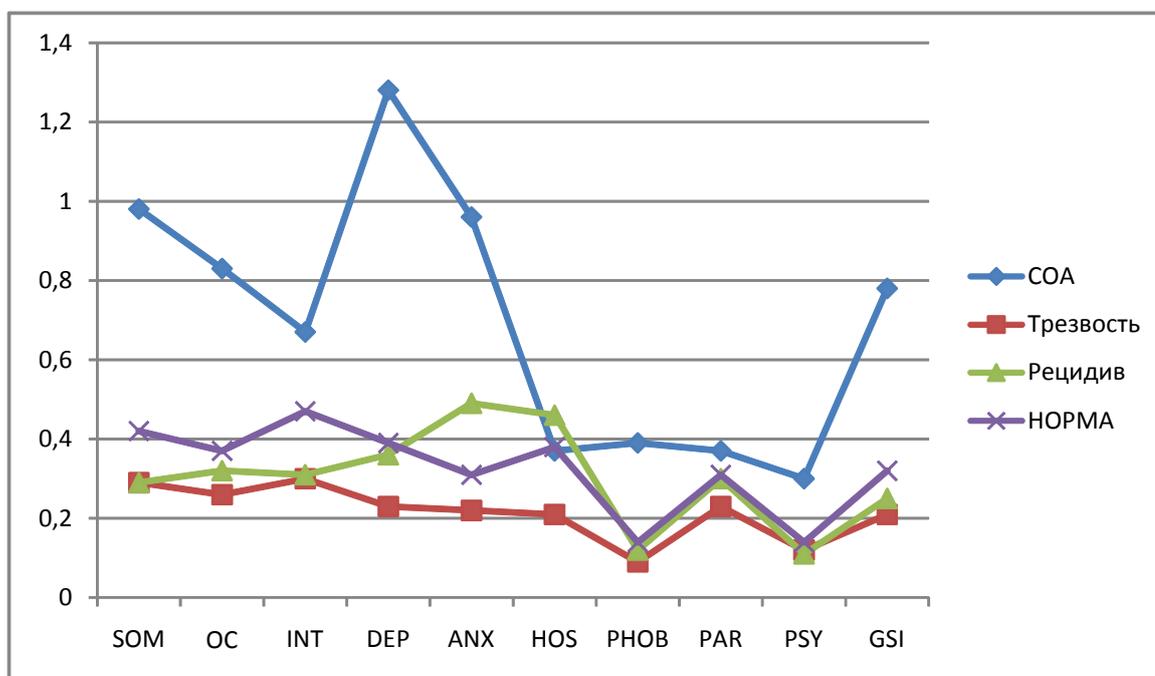
Выявлены статистические достоверные различия по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* в структуре СОА в отношении длительности сохранения отдельных симптомов у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера. Так, в структуре СОА более длительно сохраняются артериальная гипертензия и тахикардия у *стеничных* ($5,0\pm 1,03$, $p=0,000$ и $4,3\pm 0,71$, $p=0,002$), *ананкастных* ($4,8\pm 0,12$, $p=0,00004$ и $4,6\pm 0,32$, $p=0,00445$) и артериальная гипертензия у *истероидов* ($3,9\pm 1,5$, $p=0,01453$). Большую представленность имеют неврологические нарушения в форме тремора у *аструктурных* ($5,0\pm 0,16$, $p=0,0000$) и *ананкастных* ($4,9\pm 0,14$, $p=0,0115$), атаксии у *аструктурных* ($4,5\pm 0,09$, $p=0,0245$). Больше количество времени требуется для исчезновения депрессивных проявлений у *шизоидов* ($4,8\pm 0,53$, $p=0,0001$), *конформных* ($4,3\pm 1,2$, $p=0,0453$), *дистимичных* ($5,7\pm 0,25$, $p=0,01447$) и *сензитивных* ($4,35\pm 0,74$, $p=0,0364$), тревоги – у *ананкастных* ($5,4\pm 1,7$, $p=0,01345$), *истероидов* ($3,9\pm 0,19$, $p=0,0112$) и *сензитивных* ($3,3\pm 0,11$, $p=0,0432$). Нарушения засыпания и плохой сон более длительное время сохраняются у *циклоидов* ($3,5\pm 0,38$, $p=0,0239$ и $3,3\pm 0,34$, $p=0,0286$) и *истероидов* ($3,9\pm 0,56$, $p=0,04325$ и $3,7\pm 0,14$, $p=0,02137$), нарушения засыпания у *ананкастных* ($3,8\pm 0,39$, $p=0,0245$). У представителей группы *стеничные*, в

отличие от *контрольной группы I (алк.)* значительно быстрее редуцируются тревога ($1,1 \pm 0,5$, $p=0,001$) и пониженное настроение ($1,7 \pm 10,7$, $p=0,00007$).

Для выявления изменений психического состояния больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера на различных этапах болезни, а именно - в структуре СОА, на этапе ремиссии и предрецидива использовалась шкала самоотчета SCL-90-R. Полученные результаты показателей по шкалам и интегративным показателям сопоставлялись с нормативными данными (*контроль*), полученными сотрудниками Лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России (Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., 2003).

График 1.

Средние показатели шкал SCL-90-R у больных алкогольной зависимостью и здоровых испытуемых (нормативные данные).



Примечание: основные шкалы теста SCL-90-R: SOM – соматизации, OC – обсессивно-компульсивных нарушений, INT – интерперсональной чувствительности, DEP – депрессии, ANX – тревоги, HOS – агрессивности

(раздражительности), *PHOB* – фобической тревоги, *PAR* – параноидного мышления, *PSY* – психотизма (тяжесть депрессивных переживаний), индекс *GSI* – общий показатель тяжести состояния.

Достоверных различий в показателях в состоянии трезвости и предрецидива, по сравнению с нормативными данными, выявлено не было. Однако, при сравнении изменений общего самочувствия больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера на этапе ремиссии (трезвости) и предрецидива выявлена определенная закономерность изменения общего самочувствия в сторону ухудшения в преддверии «срыва». Так, у *циклоидов* ($0,32 \pm 0,11$, $p=0,00033$), *шизоидов* ($1,14 \pm 0,21$, $p=0,00096$), *сензитивных* ($1,99 \pm 0,19$, $p=0,03274$), *дистимичных* ($0,99 \pm 0,09$, $p=0,00013$) и *эпилептоидов* ($1,21 \pm 0,35$, $p=0,00021$) фиксируются статистически достоверные изменения аффективного статуса по шкале интерперсональной (межличностной) чувствительности (*INT*) теста *SCL-90-R*. Это проявляется в появлении и нарастании беспокойства, дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия, нарастании чувства недовольства другими, ощущении, что «другие не понимают» их и, даже, недружелюбно настроены по отношению к ним.

У лиц с *дистимичными* ($1,08 \pm 0,11$, $p=0,00072$), *шизоидными* ($1,28 \pm 0,26$, $p=0,00075$), *эпилептоидными* ($0,87 \pm 0,14$, $p=0,00012$) и *истероидными* ($1,28 \pm 0,11$, $p=0,1115$) чертами регистрируются статистически достоверные различия в показателях изменения состояния по шкале депрессии (*DEP*). Это проявляется в снижении настроения, появлении «хандры», утрате интереса к окружающему с ощущением упадка сил, недостатке мотиваций, нарастающем чувстве одиночества, потере сексуального влечения.

У представителей всех групп (кроме конформных), в т.ч. с *сензитивными* ($0,83 \pm 0,13$, $p=0,00146$), *стеничными* ($0,54 \pm 0,21$, $p=0,00137$), *шизоидными* ($0,79 \pm 0,15$, $p=0,01312$), *эпилептоидными* ($1,28 \pm 0,34$, $p=0,00023$), *циклоидными* ($0,39 \pm 0,14$, $p=0,00255$), *ананкастными* ($0,65 \pm 0,19$, $p=0,00423$), *дистимичными* ($0,75 \pm 0,05$, $p=0,00143$), *истероидными* ($0,97 \pm 0,02$, $p=0,01485$) чертами характера, а также у *аструктурных* ($0,7 \pm 0,25$, $p=0,00132$), зарегистрированы

изменения по шкале тревоги (ANX). Практически все больные отмечают появление «нервозности», вплоть до ощущения внутренней дрожи, нарастающее ощущение напряженности, «взвинченности» и усиливающегося беспокойства.

По шкале агрессивности (враждебности) (HOS) отмечены статистически достоверные различия в предрецидиве у лиц с эпилептоидными ($1,5 \pm 0,23$, $p=0,00243$), истероидными ($1,19 \pm 0,12$, $p=0,00135$) и стеничными ($0,85 \pm 0,02$, $p=0,00046$) чертами характера. Это, в основном, выражается в появлении легко возникающей досады и раздражения, дисфории и вспышек гнева, которые трудно сдержать. Больные отмечали появление мыслей и чувств, связанных с проявлениями негативного аффективного состояния: раздражительности, порой, злобности и недовольства собой и окружающими. Многие в преддверии возобновления потребления спиртного отмечали нарастающую «нервозность», иногда внутреннюю дрожь, легко возникающие досаду и раздражение.

У эпилептоидов ($0,77 \pm 0,11$, $p=0,00345$) в предрецидиве появляется ощущение, что другие недооценивают их достижения, что во многих неприятностях могут быть виноваты окружающие; усиливается убежденность, что большинству людей нельзя доверять. Это зафиксировано шкалой параноидного мышления (PAR). В отличие от представителей других групп особенностью изменения состояния в предрецидиве у дистимичных ($0,36 \pm 0,08$, $p=0,00036$) и эпилептоидов ($0,4 \pm 0,06$, $p=0,00035$), помимо нарастания депрессии, тревоги, раздражительности, является появление мыслей о возможном наказании за грехи, отсутствие чувства близости к окружающим, нарастающее чувство вины. Это регистрируется шкалой психотизма (PSY).

По шкале обсессивно-компульсивных нарушений (OC) в предрецидиве регистрируются статистически достоверные различия у лиц с шизоидными ($0,83 \pm 0,19$, $p=0,00089$), дистимичными ($1,2 \pm 0,13$, $p=0,00038$) и истероидными чертами характера ($0,83 \pm 0,17$, $p=0,00036$). Это проявляется в постоянном,

носящем произвольный, а порой, навязчивый характер возврате мыслей о спиртном. Как следствие, возникают трудности сосредоточения на любых формах активности, нарастают затруднения в принятии каких-либо решений, появляются сомнения в их правильности. В итоге собственная неуверенность и нерешительность «раздражают» больных, вызывают общий дискомфорт.

По общему показателю тяжести состояния (*GSI*) у всех больных алкоголизмом заметно изменение показателей в сторону ухудшения в предрецидиве по сравнению с периодом трезвости. Степени достоверных различий по сравнению с контролем достигают показатели тяжести состояния в предрецидиве у больных с шизоидными ($0,72 \pm 0,28$, $p=0,0323$), дистимичными ($0,98 \pm 0,23$, $p=0,03946$) и истероидными ($0,69 \pm 0,22$, $p=0,0435$) чертами характера.

С целью определения наиболее весомых переменных, влияющих на наступление рецидива алкогольной зависимости на фоне сформированной ремиссии, был проведен факторный анализ с использованием метода главных компонент для извлечения факторов и варимакс вращения. Были получены статистически достоверные данные, соответствующие представлениям отечественных авторов, занимавшихся аналогичными исследованиями особенностей ремиссий при алкоголизме (Авербах Я.К., 1964; Александрова Н.В., 1985; Гофман А.Г., Магалиф А. Ю., Крылов Е. Н. и др., 1991; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994; Яшкина И.В., 1995; Меликсетян А.С., 2011).

Вначале был проведен анализ показателей, способствующих (по данным индивидуальных карт) наступлению рецидива алкогольной зависимости у больных с короткими и длительными ремиссиями с использованием непараметрического критерий χ^2 Пирсона.

Проведенный статистический анализ доказывает, что у пациентов с короткими ремиссиями со статистически достоверной разницей значительно чаще наблюдается наличие личностных изменений ($\chi^2 = 92,72$ при $p < 0,0001$), в т.ч. алкогольная анозогнозия ($\chi^2 = 13,25$ при $p < 0,0001$). У них чаще в период

ремиссии присутствует постоянное влечение к алкоголю ($\chi^2 = 32,3$ при $p < 0,0001$); влечение на фоне усталости и голода ($\chi^2 = 14,11$ при $p < 0,0001$); ощущение общего дискомфорта, внутреннего напряжения, психологического дискомфорта ($\chi^2 = 16,07$ при $p < 0,0001$). Формированию длительной ремиссии препятствует легко возникающее влечение к алкоголю со стремлением испытать опьянение в любой алкогольной ситуации ($\chi^2 = 15,17$ при $p < 0,0001$), при виде собутыльников и в результате разговоров о спиртном ($\chi^2 = 61,25$ при $p < 0,0001$), а также в ситуациях традиционного употребления спиртного, в т.ч. в праздничные дни ($\chi^2 = 22,14$ при $p < 0,0001$).

У пациентов с длительными ремиссиями рецидивы алкогольной зависимости чаще возникают в связи с окончанием оговоренных сроков воздержания после проведенных опосредованных эмоционально-стрессовых процедур ($\chi^2 = 132,05$ при $p < 0,0001$) и возможностью относительно контролируемого приема небольших доз алкоголя в определенных ситуациях ($\chi^2 = 4,7$ при $p = 0,03$). Сдерживающим фактором, способствующим длительной ремиссии у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, является ответственность перед семьей и профессиональная занятость ($\chi^2 = 25,14$ при $p < 0,0001$), отсутствие патологического влечения к алкоголю после терапевтического вмешательства с применением методов суггестивного внушения ($\chi^2 = 26,56$ при $p < 0,0001$). Первичное патологическое влечение к алкоголю у этой группы больных чаще не выражено, а если и обостряется под влиянием тех или иных факторов, легко преодолевается насыщением пищей ($\chi^2 = 68,01$ при $p < 0,0001$) или переключением на другие виды деятельности ($\chi^2 = 34,31$ при $p < 0,0001$).

С целью определения наиболее весомых переменных, влияющих на наступление рецидива алкоголизма на фоне сформированной ремиссии, был проведен факторный анализ с использованием метода главных компонент для извлечения факторов и варимакс вращения. Основные факторы, выделенные в результате статистической обработки данных, следующие:

Ф 1. Наличие личностных изменений, в т.ч. по токсическому или сосудистому типу (0,8) у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, является одним из основных факторов, провоцирующих рецидив заболевания.

Ф 2. Отсутствие или значительное снижение критики к заболеванию (0,72), эпизодически возникающее патологическое влечение к алкоголю (0,79), в том числе на фоне голода (0,76), способствует рецидиву алкогольной болезни.

Ф 3. Негативные эмоции, возникающие после напряженных психотравмирующих (0,77) и конфликтных ситуаций (0,71), актуализируют, иногда четко осознаваемое больными, влечение к опьянению. Появляется стремление избавиться от тягостного дискомфортного состояния, вызванного психической травмой с помощью алкоголя, что приводит к рецидиву алкоголизма.

Ф 4. Изменение психического состояния, которое пациенты описывают как появление и нарастание «внутреннего напряжения», «общего дискомфорта» (0,73), связанное с обострением первичного патологического влечения к спиртному, даже вне связи с алкогольной ситуацией способствуют наступлению рецидива, преимущественно у лиц с короткими ремиссиями. Психологический дискомфорт (ощущение «белой вороны») (0,72) в ситуациях, где нередко традиционно допускается употребление спиртного, вызывает у больных обострение влечения к алкоголю.

Ф 5. Употребление алкоголя в небольшой дозе, провоцирующей обострение вторичного патологического влечения, но с уверенностью в способности «вовремя остановиться», является одним из факторов, провоцирующих рецидив.

Ф 6. Рецидиву алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера препятствует наличие проведенной терапии методом суггестивного внушения (методом опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии) (-0,77).

Изучение особенностей течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера дополнялось изучением смысло-жизненных ценностей и мотиваций, которым принадлежит огромная роль в структуре личности.

Для выявления особенностей ценностных ориентаций лиц с различными характерологическими акцентуациями и сформированной алкогольной зависимостью полученные данные сопоставлялись с данными *контрольной группы III* (здоровых лиц, не страдавших какой-либо зависимостью).

Согласно результатам исследования по «методике Шварца», на уровне нормативных идеалов (т.е. на уровне убеждений) для обследованной выборки *основной группы (алк.×акц.)*, соответственно ранговой принадлежности, наиболее значимыми являются следующие ценности 1) *универсализма* ($4,45 \pm 0,35$), 2) *безопасности* ($4,23 \pm 0,29$) и 3) *доброты* ($4,19 \pm 0,31$).

Однако, в целом на уровне нормативных идеалов полученные показатели свидетельствуют о сопоставимости выборки *основной группы (алк.×акц.)* с *контрольной группой III* (здоровые лица, неаддикты), где соответственно рангам нормативными ценностями высшей значимости являются: 1) *самостоятельность* ($4,10 \pm 0,28$), 2) *безопасность* ($4,09 \pm 0,26$) и 3) *доброта* ($4,08 \pm 0,27$).

Полученные данные по *контрольной группе II (алк. ×РЛ)* свидетельствуют о том, что на уровне нормативных идеалов (т.е. на уровне убеждений) для обследованной выборки соответственно ранговой принадлежности наиболее значимыми являются следующие ценности: 1) *гедонизм* ($4,53 \pm 0,29$), 2) *безопасность* ($4,21 \pm 0,30$) и 3) *самостоятельность* ($4,08 \pm 0,21$).

На уровне индивидуальных приоритетов, наиболее часто проявляющихся в социальном поведении личности (т.е. в конкретных поступках), в *основной группе (алк.×акц.)* ценностями высокой степени значимости, соответственно рангам, являются следующие: 1) *универсализм* ($2,58 \pm 0,23$), 2) *безопасность*

(2,47±0,20) и 3) *самостоятельность* (2,44±0,07); в контрольной группе II (алк. ×РЛ) – 1) *гедонизм* (2,86±0,62), 2) *стимуляция* (2,59±0,38) и 3) *достижения* (2,48±0,18); в контрольной группе III (здоровые) – 1) *самостоятельность* (2,51±0,09), 2) *безопасность* (2,18±0,24) и 3) *доброта* (2,06±0,30).

При рассмотрении ценностных мотивационных блоков на уровне нормативных идеалов (убеждения человека) и на уровне индивидуальных приоритетов (уровень конкретных поступков человека) оказалось, что здоровые испытуемые продемонстрировали в целом устойчивость и сходство ценностных предпочтений на обоих уровнях.

Больные алкогольной зависимостью, сочетающейся с акцентуациями характера, предстают как бы «промежуточной» по цельности группой, хотя при более детальном рассмотрении можно говорить о полной сопоставимости с группой здоровых лиц.

Наибольшие расхождения между смыслообразующими и декларируемыми ценностями были установлены у пациентов алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне расстройств личности (РЛ). На фоне декларируемых (хотя и второстепенных), традиционно одобряемых обществом ценностей структура их поведенческих ориентиров характеризуется преобладанием гедонистически-эгоистических стремлений к получению удовольствия, потребности в разнообразии и глубоких переживаниях; не исключено, что за счет риска и «поиска приключений» в результате различных авантур и попираания социально-одобряемых норм поведения.

Согласно тесту «СЖО» статистически достоверная разница показателей *основной группы (алк. × акц.)* обнаруживается только за счет низких показателей (26,3±4,98) по шкале «процесс жизни» в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера по сравнению с контрольной группой III (31,92±5,32) здоровых лиц, из чего можно сделать вывод о наличии признаков неудовлетворенности больными своей жизнью в настоящем ($p=0,026$). Однако, в подавляющем большинстве случаев (64%,

n=32) недовольство своей жизнью в настоящем больные алкогольной зависимостью связывали с последствиями употребления спиртного. В остальном средние значения показателей в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и в контрольной группе III (здоровые лица, не страдающие какими-либо видами зависимостей) оказались примерно схожими.

По результатам теста «УСК» в шкале общей интернальности (Ио) больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера демонстрируют экстернальный локус-контроль (Ио=5,4 стена), т.е. низкий уровень субъективного контроля. Но если стремиться к большей точности, следует подчеркнуть, что показатель выше 5,5 стенов свидетельствует об интернальном типе контроля в данной области, ниже 5,5 – об экстернальном. В основной группе (алк.×акц.) результаты, скорее, говорят о среднем уровне развитости субъективного контроля. Пациенты с различными акцентуациями характера, страдающие алкогольной зависимостью почти столь же часто в жизни берут на себя ответственность, сколько и возлагают ее на других людей, тем самым снимая с себя личную ответственность за происходящее с ними. Показатели теста в группе здоровых лиц (Ио=5,6 стена) свидетельствуют об интернальном уровне субъективного контроля, однако, разница с показателями в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера ничтожна.

Установлены особенности формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными характерологическими акцентуациями. Темп формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости продолжительностью до 6 лет отнесен к быстро-прогредиентным формам, от 6 до 10 лет – к умеренно-прогредиентным, свыше 10 лет - к медленно-прогредиентным (Качаев А. К., Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1976; Ураков И.Г., Куликов В. В., 1977; Гофман А.Г., 1991, 2017; Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994; Альтшулер В. Б., 2010).

Медленно-прогредиентный темп формирования алкогольной зависимости чаще встречается у *циклоидов* ($12,6 \pm 3,1$ лет), *стеничных* ($11,9 \pm 2,6$ лет), *дистимичных* ($9,9 \pm 1,8$ лет). Умеренно-прогредиентный темп характерен для *шизоидов* ($11,0 \pm 3,9$ лет), *сензитивных* ($10,1 \pm 3,7$ лет), *эпилептоидов* ($9,5 \pm 2,9$ лет), *истероидов* ($8,5 \pm 3,3$ года), *ананкастных* ($8,08 \pm 2,9$ года), *конформных* ($7,2 \pm 1,8$ года). Быстро (высоко)-прогредиентный темп формирования алкоголизма отмечен только у представителей группы *аструктурные* ($2,9 \pm 1,03$ года).

Среди обследованных больных алкогольной зависимостью с РЛ зафиксирован быстро-прогредиентный темп формирования заболевания - $3,3 \pm 1,2$ года (от 1,5 до 5 лет).

У больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера преобладал *ремиссионный тип* течения заболевания. У *стеничных* отмечено ремиссионное течение в 72,5% (n=37) случаев. Длительность терапевтических ремиссий составляла – $3,6 \pm 1,2$ года (2-10 лет). Спонтанные ремиссии длительностью $0,7 \pm 0,09$ (0,6-1 год) отмечались в 21,6% (n=4) случаев. Безремиссионное течение отмечено в 5,9% (n=3) случаев. У *циклоидов* терапевтические ремиссии длились от 1 до 5 лет ($2,8 \pm 0,5$) у 47,4% (n=18) больных, спонтанные от 1,0 до 1,5 ($1,3 \pm 0,08$) лет - у 7,9% (n=3), безремиссионное течение – у 10,5% (n=4). У *шизоидов* терапевтические ремиссии длились от 1 до 2 лет ($1,3 \pm 0,06$) у 72,7% (n=24) больных, спонтанные от 0,6 до 1,0 года - у 7,7% (n=2), безремиссионное течение – у 7,7% (n=2). У *ананкастных* терапевтические ремиссии от 1 до 3 лет ($1,7 \pm 0,3$) возникали у 47,2% (n=17) больных, спонтанные от 0,6 до 1,0 ($0,8 \pm 0,05$) лет - у 19,4% (n=7), безремиссионное течение – у 16,7% (n=6). У *эпилептоидов* терапевтические ремиссии от 1 до 13 лет ($3,6 \pm 1,03$) наблюдались у 41,4% (n=12) больных, спонтанные от 0,6 до 3 ($2,03 \pm 0,5$) лет - у 10,3% (n=3), безремиссионное течение – у 6,9% (n=2). У *конформных* терапевтические ремиссии от 0,6 до 6 лет ($3,5 \pm 1,2$) возникали у 66,7% (n=12) больных, спонтанные до 0,5 года - у 50%

(n=9), безремиссионное течение – у 33,3% (n=6). У *истероидов* терапевтические ремиссии от 1 до 3 лет ($1,5 \pm 0,4$) наблюдались у 23,5% (n=4) больных, спонтанные - отсутствуют, безремиссионное течение – у 17,6% (n=3). У *дистимичных* терапевтические ремиссии от 0,9 до 5 лет ($2,3 \pm 0,06$) возникали у 67,9% (n=19) больных, спонтанные - отсутствуют, безремиссионное течение – у 7,1% (n=2). У *сензитивных* терапевтические ремиссии от 0,6 до 3,5 лет ($2,1 \pm 0,03$) отмечены у 83,3% (n=15) больных, спонтанные длительностью в 1 год - у 5,7% (n=2), безремиссионное течение – у 8,6% (n=3). В группе *аструктурных* отмечена тенденция к безремиссионному течению у 28,0% (n=7) больных, отсутствуют спонтанные ремиссии, терапевтические ремиссии длились от 1 до 3,5 ($1,6 \pm 0,04$) лет у 20,0% (n=5) больных.

Среди больных *основной группы (алк. × акц.)* преобладал ремиссионный тип течения алкогольной зависимости – 86,1% (n=267). Средняя длительность терапевтических ремиссий составляла $2,1 \pm 0,5$ года (1-13 лет), спонтанных – $0,8 \pm 0,1$ года (0,5-1,5 года). Безремиссионное течение отмечено в 13,9% (n=43) случаев.

В *контрольной II (алк. × РЛ) группе* больных алкогольной зависимостью в сочетании с РЛ отмечена тенденция к безремиссионному типу течения пьянства. Периоды воздержания от употребления спиртного длились не более 1-3 месяцев у 51,3% (n=39) больных. Длительность терапевтических ремиссий у 48,7% (n=37) больных не превышала 1 года ($0,6 \pm 0,07$). Спонтанных ремиссий не отмечено. (По данным катамнеза, в дальнейшем у 11,8 % (n=9) сформировалась сочетанная форма зависимости).

Установлены высокая степень прогрессивности и склонность к безремиссионному течению алкогольной зависимости у больных с расстройствами личности и относительно благоприятное течение на фоне различных характерологических акцентуаций.

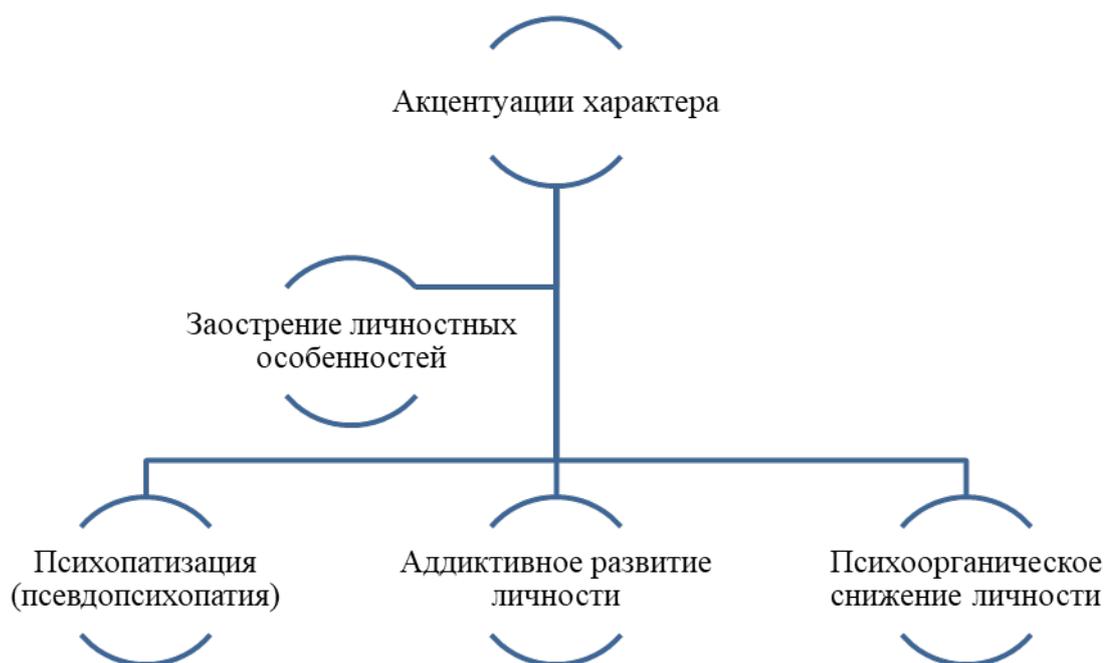
Учитывая особенности течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациям характера и личностными расстройствами, а также

смыслообразующие ценностные ориентиры у представителей различных исследуемых групп (сходство неаддиктов с зависимыми от алкоголя лицами без психической патологии), можно предположить, что именно личностные составляющие на первых двух стадиях заболевания во многом определяют особенности течения болезни зависимости, а не наоборот.

У больных, страдающих алкогольной зависимостью и обнаруживающих различные *характерологические акцентуации*, в результате хронической алкогольной интоксикации возникает ряд психических нарушений: а) заострение преморбидных черт характера параллельно длительности существования алкогольной зависимости (39,7%, n=123), б) появление новых патологических изменений личности, связанных с изменением психической реактивности (псевдопсихопатия) и утяжеляющимся морально-этическим снижением (аддиктивное развитие личности) (21,6%, n=67), в) появление органических личностных изменений (психоорганического синдрома) с тем или иным уровнем интеллектуально-мнестических расстройств и снижением критики к состоянию (38,7%, n=120).

Диаграмма 1.

Психопатологическое и патодинамическое развитие личности в результате алкогольной зависимости.



Лечебно-реабилитационная помощь больным алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и РЛ осуществлялась в соответствии с действующими стандартами специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

С целью предотвращения рецидива алкогольной зависимости использовалась комплексная терапия – сочетание ПФТ с психотерапией с учетом личностных особенностей больных. Для выравнивания настроения и подавления патологического влечения к спиртному с учетом наличия тревожных расстройств коротким курсом назначались противотревожные препараты (афобазол, атаракс, феназепам) представителям всех групп. У *аструктурных, эпилептоидов, циклоидов и дистимичных* невозможно было обойтись без назначения минимальной поддерживающей лекарственной коррекции нормотимиками (карбамазепин, ламиктал, вальпарин). С целью устранения депрессивных нарушений использовались антидепрессанты группы СИОЗС (миансерин, мirtазапин, флуоксетин, циталопрам, тразодон) при лечении *циклоидов, шизоидов, ананкастных, эпилептоидов, истероидов, сензитивных и дистимичных*.

При наличии желания вести трезвый образ жизни характерологические особенности больных влияли на выбор мишеней психотерапевтического воздействия. При лечении *стеничных* больных, в подавляющем большинстве случаев, опирались на личностную сохранность и высокую социализацию, делая акцент на эти особенности при использовании рациональной психотерапии. При нежелании посещать групповые занятия, недостаточной эффективности индивидуальной психотерапии за счет замкнутости и неготовности обсуждать свои проблемы, *шизоиды* хорошо поддавались влиянию рациональной психотерапии. *Эпилептоиды, циклоиды, дистимичные* в совокупности с рациональной терапией требовали активного использования семейной психотерапии. *Аструктурные и конформные* поддавались, в основном, суггестивному внушению. При лечении *дистимичных* акцент

смещался в сторону индивидуальной психотерапии, требовалось активное включение позитивных замещающих. Ситуационный тренинг (социально-психологический тренинг) способствовал появлению выраженных позитивных изменений у *истероидов, ананкастных и сензитивных*. Методы аутогенной релаксации охотно использовали *сензитивные*. У представителей всех групп вызывала интерес и, впоследствии, давала позитивный эффект когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

На основании результатов проведенного исследования следует утверждать о том, что личностные особенности в форме определенных акцентуаций характера в значительной мере детерминируют клиничко-психопатологические и клиничко-динамические особенности заболевания (зависимости от алкоголя). В этой связи уместно привести высказывание А.Д. Дембо (1910): «Пьют независимо от характера, но в зависимости от характера пьют по-разному, и по-разному формируется заболевание». Проведенное исследование еще раз доказывает обоснованность био-психо-социо-духовной модели развития болезней зависимости. По мере развития алкогольной зависимости уменьшается значимость социально-средовых и психологических факторов и увеличивается роль биологических, связанных, с одной стороны, с формированием механизмов патологического влечения к алкоголю, с другой - с деструктивными последствиями токсико-органического генеза. Больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, сочетающимися с высоким и средним уровнем адаптации, отличаются относительной личностной сохранностью. Видимо, отсутствие патологических личностных девиаций (РЛ) в преморбиде предотвращает грубое личностное снижение в процессе болезни. Такие личностные особенности как эгоцентризм, антисоциальность, беззаботность, нечестолюбивость, поверхностность, рисковость, характеризующие аддиктивную личность (Минков Е.Г., 1995, 2018; В.Д. Менделевич, 2007), в подавляющем большинстве случаев отсутствуют у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и

высоким уровнем социальной адаптации. В результате психотерапевтического воздействия эта категория лиц демонстрирует эргопатическое отношение к болезни, обусловленное отсутствием или невыраженностью алкогольной анозогнозии. Это, видимо, определяет в значительной мере благоприятный тип течения алкогольной зависимости.

ВЫВОДЫ

1. Комплексный, междисциплинарный подход, основанный на психодинамическом и психопатологическом методах оценки клинических проявлений зависимости от алкоголя у лиц с различными типами акцентуаций характера, подтверждает концепцию о патопластической взаимовлияющей роли личности и алкогольной зависимости.
2. Преморбидные личностные особенности в форме акцентуаций характера не являются основополагающими в этиопатогенезе алкогольной зависимости, однако, они в значительной мере детерминируют клинико-психопатологические и клинико-динамические особенности болезни (зависимости от алкоголя).
 - 2.1. Значительная роль в формировании зависимого поведения на начальном этапе принадлежит социально-психологическим факторам. Преобладающей мотивацией на этапе систематического потребления алкоголя является гедонистическая для *гипертимных, аструктурных и конформных*; атарактическая - для *сензитивных, шизоидных, циклоидных, ананкастных, эпилептоидных и дистимичных*; мотивация на гиперактивацию - у *дистимичных и циклоидов*. Субмиссивная мотивация употребления алкоголя с целью самоутверждения, подражания окружающим характерна для *истероидов, циклоидов, конформных и дистимичных*.

2.2. На начальном этапе зависимости опьянение не выявляет специфических феноменов личностных predispositions. На этапе средней (второй) стадии алкогольной зависимости дисфорические, в т.ч. с агрессивными тенденциями, формы опьянения, с brutальными поведенческими реакциями характерны для *аструктурных, эпилептоидов, конформных и ананкастных*. Депрессивные формы опьянения, в т.ч. с замкнутостью (отгороженностью), стремлением остаться в одиночестве характерны для *сензитивных, дистимичных, аструктурных и конформных*. Депрессивные проявления в опьянении с обидчивостью (подозрительностью) характерны для *эпилептоидов, шизоидов и истероидов*. У *сензитивных, эпилептоидов и дистимичных* значительно реже в опьянении отмечаются черты дурашливости.

2.3. Аффективные нарушения являются облигатными составляющими патологического влечения к алкоголю и на этапе предрецидива регистрируются у всех больных алкогольной зависимостью, обладая при этом рядом особенностей в зависимости от типа акцентуации. Тревожно-депрессивные проявления характерны для представителей всех групп, однако, в меньшей степени для *конформных и стеничных*. Дистимия с дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия (с ощущением беспокойства, недовольства окружающими) наиболее выражена у *шизоидов, сензитивных, ананкастных, эпилептоидов и дистимичных*, паранойяльность в отношении окружающих - у *эпилептоидов*. Дисфория с проявлениями повышенной возбудимости и раздражительности свойственна *стеничным, аструктурным, циклоидам, эпилептоидам, истероидам и дистимичным*

2.4. Тип личностной акцентуации сказывается на клинических проявлениях синдрома отмены алкоголя. Более длительно сохраняются соматические проявления СОА в виде артериальной гипертензии и тахикардии у *стеничных, ананкастных и истероидов*, неврологические нарушения в форме тремора и атаксии - у *аструктурных и ананкастных*, аффективные, депрессивные проявления - у *шизоидов, конформных и сензитивных*, тревога – у *ананкастных, истероидов и сензитивных*, диссомнические расстройства - у *циклоидов, ананкастных и истероидов*.

2.5. Длительность ремиссий алкогольной зависимости не связана с принадлежностью к определенному типу акцентуации. Короткие ремиссии чаще встречаются у больных с наличием личностных изменений и выраженностью алкогольной анозогнозии, связанной с преобладающим пассивным типом эмоционально-личностного реагирования в структуре патологического влечения к алкоголю и слабостью волевого компонента. Эти особенности формируют поведенческие паттерны рецидива болезни. Формированию длительных ремиссий способствуют отсутствие или невыраженность специфических личностных изменений, алкогольной анозогнозии и эмоционально-волевого снижения.

3. Особенности личностных изменений при алкогольной зависимости требуют дифференцированной оценки качества и уровня формирующихся расстройств, развивающихся в нескольких направлениях, но сохраняющих общность патогенетических механизмов. По мере развития алкогольной зависимости снижается значимость социально-средовых и психологических факторов и увеличивается роль биологических, связанных, с одной стороны, с

формированием патологического влечения к алкоголю, с другой, с деструктивными нарушениями токсико-органического генеза. Они выражаются: а) в заострении преморбидных черт характера параллельно увеличению длительности существования алкогольной зависимости; б) появлении новых патологических изменений в структуре личности, связанных с изменением психической реактивности (психопатизация) и нарастающим морально-этическим снижением (формирование аддиктивной личности); в) в появлении органических личностных изменений (психоорганического синдрома) с тем или иным уровнем интеллектуально-мнестических расстройств.

4. Алкогольная зависимость у лиц с различными характерологическими акцентуациями с высоким и средним уровнем социальной адаптации, в подавляющем большинстве случаев, отличается *ремиссионным* течением с преобладанием *ремиттирующего и регрессионного* типов течения заболевания. Медленно-прогредиентный темп формирования алкогольной зависимости характерен для *циклоидов, стеничных и дистимичных*; умеренно-прогредиентный - для *шизоидов, сензитивных, эпилептоидов, истероидов и ананкастных*. У больных с *аструктурными* характерологическими акцентуациями алкогольная зависимость характеризуется быстро-прогредиентным темпом формирования и преимущественно стационарным типом течения.
5. Отсутствие патологических личностных девиаций (РЛ) в преморбиде предотвращает во многом появление личностного снижения в процессе болезни (зависимости от алкоголя). Относительная личностная сохранность больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и высоким

уровнем социальной адаптации даже при длительном многолетнем заболевании не всегда приводит к типичным изменениям личности.

6. Коморбидная психическая патология в форме расстройств личности (РЛ) способствует формированию неблагоприятных клинико-психопатологических и клинико-динамических проявлений алкогольной зависимости. У больных с РЛ алкогольная зависимость характеризуется *быстро-прогредиентным темпом формирования* и преимущественно *прогредиентным и стационарным типом течения*.
7. Клинические особенности алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера имеют прогностическое значение. Они определяют мишени терапевтического воздействия и могут быть использованы при разработке комплексных, дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, включающих фармакотерапию и различные виды психотерапии.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Гофман А.Г. Терапевтические ремиссии и рецидивы алкоголизма / А.Г. Гофман, Н.В. Александрова, А.В. Граженский, Е.Н. Крылов, А.Ю. Магалиф, Т.А. Кожина, Н.Ю. Андреева, Э.Н. Шкурина, И.В. Яшкина // **Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. - № 1. – С. 39-44.**
2. Гофман А.Г. Эффективность психотерапии больных алкогольной зависимостью на начальном этапе становления ремиссии / А.Г. Гофман, Е.Н. Крылов, Н.В. Александрова, А.В. Граженский, И.А. Носатовский, Т.А. Кожина, Э.Н. Шкурина, И.В. Яшкина // **Материалы 1-ой Московской научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии. – Москва, 2002. – С. 34-36.**
3. Гофман А.Г. Сравнительная эффективность препаратов при купировании алкогольного абстинентного синдрома / А.Г. Гофман, Е.Н. Крылов, А.В. Граженский, И.А. Носатовский, Т.А. Кожина, Ю.Е. Варфоломеева, И.И. Никифоров, П.А. Понизовский, И.В. Яшкина // **Новые лекарственные препараты. – 2004. - № 4. – С. 3-24.**
4. Гофман А.Г. Современные подходы к лечению больных алкоголизмом / А.Г. Гофман, Ю.Е. Варфоломеева, Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // **В сборнике «Современные проблемы психического здоровья». – Москва, 2005. – С. 240-248.**
5. Гофман А.Г. Атаракс в купировании алкогольного абстинентного синдрома / А.Г. Гофман, Ю.Е. Варфоломеева, В.М. Колодный, Т.А.

- Кожина, О.С. Шевелева // Наркология. – 2006. – Т. 5. - № 9 (57). – С. 50-53.**
6. Кожина Т.А. Внебольничная терапия в реабилитации больных алкоголизмом / Т.А. Кожина, А.Г. Гофман, Ю.Е. Варфоломеева, И.В. Яшкина // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – Москва, 2006. – С. 300-301.
 7. **Кожина Т.А. Купирование алкогольного абстинентного синдрома (исследование эффективности и переносимости афобазола) / Т.А. Кожина, А.Г. Гофман, Ю.Е. Варфоломеева, О.С. Шевелева // Наркология. – 2007. – Т. 6. - № 7 (67). – С. 34-39.**
 8. **Гофман А.Г. Применение цианамида при лечении больных алкоголизмом / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // Лечащий врач. – 2007. - № 5. – С. 86-87.**
 9. Кожина Т.А. Купирование алкогольного абстинентного синдрома с помощью афобазола / Т.А. Кожина, А.Г. Гофман, Ю.Е. Варфоломеева, О.С. Шевелева // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – Москва, 2007. – С. 282.
 10. Гофман А.Г. К вопросу о психотерапии больных алкоголизмом и наркоманиями в амбулаторных условиях / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – Москва, 2007. – С. 271.
 11. Кожина Т.А. Взаимодействие алкогольной зависимости и пограничных психических (личностных) расстройств / Т.А. Кожина, Ю.Ю. Молчанова // Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». – Москва, 2009. – С. 301-302.
 12. Гофман А.Г. Об алкогольной ситуации в России и путях улучшения наркологической помощи / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // Независимый психиатрический журнал. – 2010. - № II. – С. 11-13.
 13. Кожина Т.А. Современные подходы к купированию алкогольного абстинентного синдрома / Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // Материалы XV Съезда психиатров России. – Москва, 2010. – С. 252.
 14. Гофман А.Г. Хронический алкоголизм / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина // Психиатрия. Справочник практического врача под редакцией проф. А.Г. Гофмана. – Москва, 2010 (2-е издание, переработанное). - С.487-503.
 15. Кожина Т.А. Купирование алкогольного абстинентного синдрома с использованием противотревожных и метаболических препаратов / Т.А. Кожина, А.Г. Гофман, И.В. Яшкина // Методические рекомендации. – Москва, ФГБУ «МНИИП» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 2011. – 23 с.
 16. **Кожина Т.А. Особенности аффективных нарушений у лиц с различными акцентуациями характера, страдающих алкогольной зависимостью / Т.А. Кожина // Вопросы наркологии. - 2012. - № 4. - С.16-28.**
 17. Кожина Т.А. Купирование алкогольного абстинентного синдрома на современном этапе / Т.А. Кожина, И.В. Яшкина, А.Г. Гофман // Независимый психиатрический журнал. – 2012. - № 1. – С. 13-16.

- 18.Кожина Т.А. Изучение ценностных ориентаций у лиц, страдающих алкогольной зависимостью / Т.А. Кожина // Наркология. – 2014. – Т. 13. - № 11 (155). - С. 54-63.**
- 19.Яшкина И.В. О некоторых проблемах отечественной наркологии / И.В. Яшкина, А.Г. Гофман, П.А. Позновский, Т.А. Кожина // Независимый психиатрический журнал. – 2014. - № III. – С. 22-26.
- 20.Гофман А.Г. Алкоголизм и наркомании в России / А.Г. Гофман, И.В. Яшкина, П.А. Позновский, Т.А. Кожина // Наркология. - 2016. – Т. 15. - № 2 (170). - С. 6-12.**
- 21.Кожина Т.А. Нооклерин (деанола ацеглумат) в практике купирования алкогольного абстинентного синдрома / Т.А. Кожина, А.Г. Гофман, Т.И. Немкова, В.В. Шейн, Н.В. Ромашкина // Наркология. – 2016. – Т. 15. - № 5 (173). – С. 48-58.**
- 22.Гофман А.Г. О природе и характере депрессивных состояний у больных алкоголизмом / А.Г. Гофман, П.А. Позновский, Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // Независимый психиатрический журнал. – 2017. - № III. – С. 20-22.
- 23.Гофман А.Г. Возможные способы профилактики алкоголизма / А.Г. Гофман, П.А. Позновский, Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // Наркология. – 2017. – Т. 16. - № 7. – С. 64-67.**
- 24.Кожина Т.А. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с различными характерологическими акцентуациями и личностными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. - № 3. – С.45-53.**