

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ им. В.П.СЕРБСКОГО» МИНЗДРАВА РОССИИ**

На правах рукописи

КОЖИНОВА Татьяна Анатольевна

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

14.01.27 – «наркология»

**Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

**Научный консультант –
доктор медицинских наук,
профессор А.Г. Гофман**

Москва- 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	стр. 4
ГЛАВА 1. Обзор литературы	
1.1.Эпидемиология и социо-культуральные особенности алкоголизма.....	стр. 12
1.2.Представления о роли личности в формировании алкогольной зависимости.....	стр. 17
1.3.Психопатология личностных изменений при алкогольной зависимости.....	стр. 37
1.4. Психодинамические концепции алкогольной зависимости....	стр. 43
1.5. Наследственная предрасположенность к аддикциям и патохарактерологическим нарушениям.....	стр. 49
ГЛАВА 2. Материал и методы исследования.....	стр. 57
2.1. Общая характеристика материала.....	стр. 60
2.2. Сравнительная характеристика групп больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и личностными расстройствами (РЛ).....	стр. 70
ГЛАВА 3. Клинико-динамические особенности формирования алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера.....	стр. 89
3.1. Особенности клинических психопатологических нарушений у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера.....	стр. 101
3.2. Особенности ценностно-смысловых установок у лиц с различными акцентуациями характера с высоким и средним уровнем социальной адаптации, страдающих алкогольной зависимостью по результатам психологического тестирования	стр. 120

ГЛАВА 4. Клинико-динамические и патопластические особенности формирования и течения алкогольной зависимости у больных с различными типами акцентуаций характера

стеничные.....	стр. 147
аструктурные.....	стр. 158
циклоиды.....	стр. 169
шизоиды.....	стр. 176
ананкастные.....	стр. 186
эпилептоиды.....	стр. 194
конформные.....	стр. 202
истероиды.....	стр. 211
дистимичные.....	стр. 220
сензитивные.....	стр. 228
4.1. Основные принципы терапии больных алкогольной зависимостью, сочетающейся с различными характерологическими акцентуациями.....	стр.236
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	стр. 252
ВЫВОДЫ.....	стр. 290
СПИСОК ТЕРМИНОВ.....	стр. 295
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	стр. 296
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	стр. 348

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы и степень ее разработанности. В последние два десятилетия внимание наркологов в РФ, большей частью, было сконцентрировано на изучении проблем зависимости от ПАВ и связанных с этим медико-социальных последствий. Однако, алкогольная зависимость также остается одной из серьезных проблем, т.к. основные социальные потери для общества связаны именно с этим заболеванием и его широким распространением. Алкогольная зависимость приводит не только к инвалидизации злоупотребляющего спиртными напитками, обусловленной токсическим поражением внутренних органов и ЦНС. Она сказывается на здоровье будущих поколений, иногда приводит к формированию фетального алкогольного синдрома (ФАС). С момента введения в обращение этого термина около 40 лет назад ФАС стал постепенно признаваться в качестве проблемы 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). Еще одним из индикаторов алкогольной ситуации в стране, как и во всем мире, является показатель уровня потребления алкоголя на душу населения. По данным различных исследований, в России уровень потребления алкогольных напитков на душу населения выше данных Росстата (Немцов А.В., 2017). Причем, с начала дефолта 1998 г., когда

потребление предположительно составляло 13,5 л/чел/год, начался быстрый рост этого показателя, который остановился только в 2001-2002 гг. (Немцов А.В., Шелыгин К.В., 2014). 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/>). Тем не менее, и эти цифры остаются весьма тревожными.

Актуальным для аддиктологии и наркологии остается вопрос о связи личностной патологии с зависимым поведением и возможность прогнозирования формирования зависимости 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). Вопрос о связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей, в частности качеств зависимой личности, также остается открытым (Менделевич В.Д., 2007).

О связи алкогольной зависимости 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; Клименко Т.В., Кирпиченко А.А., 2007; Менделевич В.Д., 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 и др.). Однако, в литературе встречаются указания только на отдельные виды акцентуаций, которые, по мнению авторов, наиболее предрасполагают к развитию алкоголизма – «асоциальные», «неустойчивые», «синтонные» у Иванца Н. Н. и Иголина А. Л. (1978); «экстернализованные», «аструктурные», «асоциальные» - у Бехтеля Э.Е. (1986); «пограничная аномальная личность

(ПАЛ)» - у Боева И. В. (1999), «нарциссическая» - у Белокрылова И. В. и Даренского И. Д. (2002) и т.д.

Тем не менее, роль и значение тех или иных характерологических особенностей для возникновения алкоголизма не могут быть доказаны, если не проводилось изучения частоты тех или иных девиаций характера в населении (у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью). Известно, что вероятность возникновения алкоголизма определяется врожденными (генетическими) и внешними факторами. Среди негенетических факторов *предположительно* определенную роль могут играть характерологические особенности, в том числе особенности, тесно связанные с эмоциональной сферой. Если это так, то при определенных акцентуациях характера можно ожидать повышенного риска формирования алкогольной зависимости.

Комплексная оценка клинико-динамических показателей алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера и личностно-психологического функционирования могла бы повысить качество лечебно-диагностической работы и индивидуализировать лечебный процесс.

С учетом вышеизложенного были сформулированы цели, задачи и методы исследования.

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

Задачи

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.

Научная новизна исследования

Проведено комплексное, междисциплинарное изучение клинической симптоматики, закономерностей формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными характерологическими акцентуациями. В результате исследования 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 систематизированно, дифференцированно, статистически обоснованно, с учетом психологического портрета личности, описаны клинические особенности формирования и течения алкоголизма при большинстве видов акцентуаций характера. 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 и практическая значимость работы

Личностный подход в современной наркологии недостаточно разработан. Это затрудняет прогноз 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 возможных причинах формирования алкогольной зависимости, особенностях течения заболевания, возможности прогнозирования на ранних этапах исходов болезни. Клинико-динамические и экспериментально-психологические результаты исследования позволили

сформировать целостное представление о преморбидных личностных характеристиках, определяющих формирование клинических особенностей зависимости от алкоголя и, возможно, отражающих слабость определенных звеньев конституциональной структуры лиц с различными типами акцентуаций характера. Это позволяет разработать принципы профилактики алкоголизма и лечения больных в зависимости от 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 могут быть использованы в практической деятельности врачей психиатров-наркологов, работающих в системе амбулаторной, диспансерной и стационарной помощи. Полученные данные могут быть полезными для специалистов, прежде всего для врачей, работающих в смежных областях.

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.

Степень достоверности полученных результатов обеспечивается репрезентативностью выборки, адекватно избранной методологией исследования, совокупностью методов исследования, в том числе, методов статистической обработки полученных данных, достаточной для решения поставленных задач.

Апробация и внедрение результатов исследования

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 Московского НИИ психиатрии МЗ РФ (г. Москва, 2000), заседаниях Проблемного совета по социальной, клинической наркологии и организации наркологической помощи ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России (25.06.2018 и 18.12.2018).

Данные, полученные в ходе исследования, были внедрены в практику учебно-практической работы ФГУ «Московский научный исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, применяются в практической деятельности отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, «МНИИП» - филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

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).

По материалам исследования опубликованы 24 печатные работ, из которых 11 в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, 13 – в виде методических рекомендаций, пособий для врачей психиатров-наркологов, материалов сборников конференций.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Эпидемиология и социо-культуральные особенности алкоголизма

Статистические показатели ВОЗ, касающиеся распространенности алкогольной зависимости, свидетельствуют о том, что 1,7% населения страдает алкоголизмом (euro.who.int/ru/). Однако, имеются основания полагать, что эти данные не совсем точны и примерно 5-6% населения в России обнаруживают признаки зависимости от алкоголя. Уровень достаточно высокой социальной адаптации позволяет им использовать иные возможности и обходить стороной государственные наркологические учреждения. Наиболее часто хроническим алкоголизмом страдают мужчины и женщины в возрасте от 25 до 55 лет, из которых основную массу составляют лица в возрасте от 30 до 50 лет. Из них на долю женщин приходится не более 20%. Судя по косвенным данным (динамика алкогольных психозов и смертности от причин, связанных с алкоголизмом), начиная с 2003 г. в России отмечается ежегодное уменьшение числа больных алкоголизмом. (Гофман А.Г., Кожина Т.А., 2017). Это, видимо, обусловлено многими факторами, в том числе рядом государственных мероприятий. Утверждена концепция государственной политики по сокращению связанного с алкоголем вреда и профилактике алкоголизма на период 2010-2020 гг. (2009 г.), был издан ряд Законов, в т.ч. об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) спиртного (2005 и 2012 гг.), создана Комиссия по регулированию алкогольного рынка (2009 и 2015 гг.). 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).

Еще недавно данные, отражающие сведения из государственных наркологических учреждений России, свидетельствовали о «стабильно высоком уровне распространенности алкоголизма среди различных групп населения». Это позволяло сравнивать имеющуюся картину с характером эпидемии, угрожающей генофонду нации (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2005, 2006). Однако, анализ данных за последние 10 лет свидетельствует о наметившейся тенденции к снижению показателей распространенности и первичной заболеваемости алкогольной зависимостью. Так, по сравнению с уровнем 2004 г. (53,9 на 100 тыс. населения) показатель первичной заболеваемости снизился в 4 раза. Число больных алкогольными психозами (АП) 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% (Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В., 2017).

Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных больных в 2008 г. составило 5:1 (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2011).

В 2017 г. за наркологической помощью обратились 1758823 пациента с алкогольными расстройствами, или 1198,1 на 100 тыс. населения (1,2% от численности населения страны). Самый высокий уровень первичной заболеваемости АП отмечается в Чукотском АО – 62,2 на 100 тыс. населения. Кроме того, высокие уровни первичной заболеваемости АП (более 0,03% общей численности населения субъекта) зарегистрированы в Ненецком АО и Ямало-Ненецком АО, в Еврейской АО, в Пермском и Хабаровском краях, а также в Мурманской, Магаданской и Калининградской областях. Минимальный показатель за 2017 г. наблюдался в Чеченской Республике и составил 0,07 на 100 тыс. населения (Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В., 2017).

Впервые в жизни в 2017 г. обратились за наркологической помощью по поводу алкогольных расстройств 135995 пациентов, или 92,6 на 100 тыс.

населения (в 2016 г. – 165591 человек, или 112,9 на 100 тыс. населения). Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом, включая АП, в 2017 г. составил 55,7 на 100 тыс. населения. По сравнению с уровнем 2016 г. он снизился на 14% (в 2016 г. – 64,9 на 100 тыс. населения).

Тесным образом с заболеваемостью алкогольной зависимостью и алкогольными психозами связан уровень потребления алкоголя. Одна из ведущих ролей в контроле за наркологической ситуацией в стране принадлежит государственной политике. В дореволюционный период в России потребление алкоголя достигало 1,9 л на душу населения в 1913 году (без учета самогона). В начале Первой мировой войны был введен запрет на продажу спиртных напитков. После отмены запрета производства и продажи спиртных напитков (1925 г.) потребление алкоголя постепенно росло, но к 1940 году еще не достигло дореволюционного уровня и составляло 2,3 л на душу населения СССР. В период Отечественной войны 1941-1945 гг. и в первые послевоенные годы потребление алкоголя было значительно меньше довоенного и лишь в 1950 г. достигло 1,9 л на душу населения.

В дальнейшем отмечалась практически неограниченная торговля водкой, и душевое потребление абсолютного алкоголя в СССР к 1956 г. превзошло не только довоенный, но и дореволюционный уровень, составив 4,0 л в год. В 1980 г. потребление абсолютного алкоголя (с учетом самогона) преположительно составило уже 13,5 л на душу населения в год (Немцов А.В., Школьников В.М., 1999), т.е. превысило потребление алкоголя на душу населения не только в странах Северной Европы (Германия, Чехословакия, Польша, Англия, Скандинавские страны), США и Канады, где потребляется около 50% крепких алкогольных напитков, но и в традиционно винодельческих странах (Средиземноморье, Латинская Америка), где 80% составляют вина не крепче 20% алкоголя. Во всех этих странах годовое потребление на душу населения не превышает 12,0-12,5 литров абсолютного алкоголя.

После известных мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом

(май 1985 г.) было резко сокращено производство спиртных напитков, а рост самогонварения все же не компенсировал этого сокращения. Вслед за этим последовало резкое снижение числа алкогольных психозов с 1984 до 1987-88 гг. Так, число первичной регистрации алкогольных психозов снизилось с 20,0 на 100 тыс. человек населения в 1984 г. до 5,1 в 1988 г., т.е. в 3,9 раза, состоящих на учете - с 35,0 до 10,9 т.е. в 3,2 раза. С 68,0 на 100 тыс. человек населения до 18,5, т.е. в 3,7 раза, уменьшилось число поступлений в стационар по поводу возникающих алкогольных психозов (Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н., 2002).

По мнению Немцова А.В. (2017), накануне антиалкогольной компании потребление алкоголя составляло 14 л/чел/год. Запретные меры, которые были использованы, дали положительные результаты - потребление снизилось до 10-12 л, что дало возможность сохранить 1,22 млн. человеческих жизней. Однако, в 1992 г. произошел возврат к исходному уровню – 13-14 л в год, в 1994 г. Россия поставила мировой рекорд по смертности, а уровень потребления спиртного вырос до 18 литров (Кошкина Е.А., Павловская Н.И., 2011). С 2003 по 2013 г. снижение потребления алкоголя составило 4,7 л/чел/год, что отразилось на снижении стандартизированного коэффициента смертности в 2003-2013 гг. и составило 31,0% у мужчин и 29,4% у женщин против 12,1% и 7,0% в 1984-1987 гг. (Немцов А.В., Шелыгин К.В., 2014). Потребление алкоголя на душу населения за последние годы планомерно снижается и представлено следующим образом: 2009 г. – 16,2 л; 2010 г. – 14,8 л; 2011 г. – 13,5 л; 2012 г. – 12,8 л; 2013 г. – 11,9 л; 2014 г. – 11,8 л; 2015 г. – 10,5 л; 2016 г. – 10,3 л (сайт Росстата <http://cbsd.gks.ru/>). Однако, и эти цифры остаются весьма неутешительными.

Употребление чистого алкоголя на душу населения, превышающее 8 л в год, по мнению экспертов ВОЗ, опасно для здоровья населения. Установлено, что каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ

предела уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца жизни женщин (Хацкель С.Б., 2004).

Высокую частоту заболевания в отдельных группах населения или в различных культурах и субкультурах учитывают социологические теории алкоголизма. Некоторые авторы (R.F. Bales, 1946; W. Feuerlein, 1984) выделяют в отношении потребления спиртного 4 формы культур: 1) абстинентные культуры с запретом на любые формы употребления, 2) амбивалентные культуры, где существует конфликт между общепринятыми ценностями и алкоголем, 3) перmissive культуры с разрешением на потребление алкоголя, но пьянство и патологические явления, связанные с потреблением алкоголя, отклоняются, 4) перmissive культуры, допускающие нарушение функций, когда приемлемы не только «нормальное» употребление алкоголя, но также алкогольные эксцессы.

Уровень потребления алкоголя и различные модели алкоголизации зависят от местных условий, культурных особенностей страны, этнического состава населения, социально-психологических факторов, характеризующих отношение населения к потреблению алкоголя. Кошкина Е.А. и Киржанова В.В. (2008) указывают, что в России типично разовое потребление крепких спиртных напитков в больших дозах и за короткий отрезок времени.

Таким образом, следует подчеркнуть особую роль социокультуральных факторов в этиологии развития алкогольной зависимости. Особое значение имеют группы первичной социализации (семьи), влияние референтной группы, социального слоя общества и современного индустриального общества в целом с утратой многолетних традиций, ослаблением внутрисемейных связей (Zimberg S., 1978; Шабанов П.Д., 1999; Москаленко В.Д., Шевцов А.В., 2000; Москаленко В.Д., 2002 и др.). Большое значение придается влиянию алкогольных традиций (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1971; Морозов Г.В., Качаев А.К., 1971; Стрельчук И.В., 1973; Лившиц С.М., Яворский В.А., 1975; Бехтель Э.Е., 1986 и др.), в т.ч. микросоциальной среды (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1971; Ураков И.Г.,

Куликов В.В., 1977; Рыбакова Т.Г., 1977; Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я., 1978 и др.), семейному положению и социальному статусу больного (Бехтерев В.М., 1913; Jellinek E.M., 1960; Копыт Н.Я., Запорожченко В.Г., 1972; McCord W., McCord J., 1962; Сорокина Т.Т., 1986; Москаленко В.Д., 1991; Филатова Т.А., Погосов А.В., 2008 и др.), его культурному уровню и образованию (Левертон С.А., 1972; Нагаев В.В., 1972; Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я., 1978; Немцов А.В., 2003; Немцов А.В., Терехин А.Т., 2007 и др.), диспропорции между материальным положением и культурным уровнем (Battegay K., 1962; Mulford H., Miller D., 1964; Schwarz J., Wheeler S., 1992).

1.2. Представления о роли личности в формировании алкогольной зависимости

Роль личностных особенностей в возникновении и течении алкогольной зависимости давно вызывает интерес исследователей. Более 100 лет закономерности взаимоотношений болезни и личности остаются одной из центральных тем. Объясняется это, прежде всего тем, что установление типологических вариантов или личностных свойств предположительно позволяет уточнить прогноз, предвидеть течение алкогольной зависимости, особенности клинической картины, закономерности возникновения рецидивов и наступления последующих изменений психики. На современном этапе развития психиатрии и наркологии все более четко реализуется личностный подход, что стало одним из ведущих принципов изучения болезней зависимости.

Опубликованные исследования, посвященные этому вопросу, демонстрируют поляризацию подходов в психиатрии-наркологии в трактовке роли личности в формировании алкогольной болезни. При огромном разбросе мнений, отраженных в большом количестве публикаций как зарубежных, так и отечественных авторов, выделяются две конкурирующие концепции о наиболее значимых факторах этиологии и патогенеза

зависимости: биологические и генетические либо психологические и средовые. По мнению Иванца Н.Н. (2000), эта оппозиция, в своей основе подразумевает различные подходы и разделяет психопатологию времен Ясперса и психоанализ Фрейда, что находит свое отражение в относительно автономном развитии психиатрического (психофармакологического) и психотерапевтического направлений.

Даренский И.Д. и Белокрылов И.В. (2002) полагают, что, с одной стороны, существенные концептуальные и методологические несовпадения делают затруднительным сопоставление, верификацию и использование данных, полученных разными исследователями. А с другой, внутри каждого из подходов сложились различные научные концепции, которые обеспечили продвижение в изучении важных аспектов роли личности в психиатрии-наркологии.

Все научные исследования велись в двух направлениях. Одно направление предполагало изучение личностного преморбида больных зависимостью от алкоголя и других ПАВ и значение преморбида в возникновении и течении заболевания. Особая роль приписывалась личностным аномалиям (психопатиям) и непатологическим особенностям (акцентуациям характера). Другое направление подразумевало изучение специфических личностных изменений в результате развития болезни зависимости, которые существенно влияют на клинико-психопатологическую картину и прогноз болезни.

Психодинамический метод позволяет наиболее глубоко осмыслить личностные факторы предрасположения к зависимости от ПАВ, в то время как психопатологический – рассмотреть особенности клинических проявлений болезней зависимости при различных типах преморбида. Н.Мак-Вильямс (1994) придерживается мнения, что типология расстройств личности строится, в основном, на основе установления уровня психического функционирования, степени и структуре искажения психической деятельности, а распределение по особенностям характера не имеет

первостепенного значения.

По мнению Бехтеля Э.Е. (1986), выявление роли личностных аномалий (неврозов, психопатий) больше связано с преморбидной отягощенностью психическими аномалиями больных алкогольной зависимостью. Изучение непатологических особенностей (акцентуаций) дает возможность рассмотреть аспект личностных особенностей, определяющих предрасположенность к алкоголизму (поиск так называемой преалкогольной личности, потенциального алкоголика) (Крафт-Эбинг Р., 1890, 1897; Корсаков С.С., 1901; Рыбаков Ф.Е., 1910; Жислин С.Г., 1928; Кречмер Э., 1930; Ганнушкин П.Б., 1933; Pohlich K., 1933; Sheldon W.H., Stevens S.S., Tucker W.B., 1940).

Заслуживает внимания и направление, в рамках которого определяется патопластическая роль личности - установление влияния личностных особенностей на прогрессивность процесса и вариабельность течения заболевания. Большинство исследователей склоняется к мысли о том, что алкоголизм может сформироваться при самых различных типологических особенностях личности. Вместе с тем, типологические особенности влияют на формирование клиники и прогноз заболевания (Лукомский И.И., 1965; Морозов Г.В., Качаев А.К., 1971; 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; 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 и др.)

Диагностические критерии П.Б. Ганнушкина (1933) и О.В. Кербилова (1962) определяют различия между психопатиями и акцентуациями. Психопатии – это такие аномалии характера, которые «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают приспособляться к окружающей

среде», писал П.Б. Ганнушкин (1933), и давал определение астеникам, шизоидам, параноикам, эпилептоидам, истерическим характерам, циклоидам, неустойчивым, антисоциальным и конституционально-глупым. О.В. Кербиковым (1962) критерии психопатий обозначены как тотальность и относительная стабильность патологических черт характера, их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию. Им описаны возбудимые, неустойчивые, астенические (тормозимые), психастенические, шизоидные и мозаичные (смешанные) типы. Наиболее сжатое определение психопатических личностей принадлежит К.Шнейдеру (K. Schneider, 1923), по словам которого – «это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество». Он выделял депрессивных, гипертимиков, эмоционально-лабильных, ищущих признания, эксплозивных, бездумных или бесчувственных, безвольных, неуверенных в себе, фанатичных, астенических.

Еще на этапе становления учения о психопатиях возникла проблема отграничения их от крайних вариантов нормы. О «переходных состояниях между психопатией и нормальным состоянием» упоминал В.М. Бехтерев (1886), «латентной психопатией» называл их П.Б. Ганнушкин (1932). М. Framer (1949) и О.В. Кербиков (1961) обозначали эти особенности как «предпсихопатию». Г.К. Ушаков (1973) писал о «крайних вариантах нормального характера». Наибольшую известность приобрел термин К. Leongard (1968) – «акцентуированная личность». Однако правильнее говорить об «акцентуациях характера» (А.Е. Личко, 1977). Типы акцентуаций характера частично совпадают с типами психопатий.

Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим (Личко А.Е., 1977).

А.Е. Личко и А.А. Александров (1973) в зависимости от степени выраженности выделяют две степени акцентуации характера: *явную* и *скрытую*. Учитывая постоянное апеллирование к понятиям характер и личность, следует подчеркнуть, что в психологии под характером понимается совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, складывающаяся и проявляющаяся в деятельности и общении, обуславливая типичные для человека способы поведения. Характер проявляется в манерах поведения, в привычках, поступках и действиях (Барлачук А.Ф., Морозов С.М., 2004; Батаршев А.В., 2006). Становление характера во многом определяется образом жизни человека и в процессе социализации происходит закрепление привычек, манер, стилей мышления и поведения, что связано с требованиями окружающего общества (микро- и макросоциума), а также с целями, мотивами и потребностями человека. Пезешкиан Н. (1988) базисные (терминальные) характерологические свойства первой группы, способствующие удовлетворению сущностных потребностей человека (призванные к созданию внутренней гармонии), назвал актуальными первичными способностями. Вторую группу (инструментальных характерологических свойств), которые содействуют удовлетворению запросов общества (создают внешнюю гармоничность), обозначил как вторичные способности.

Личность – понятие гораздо более сложное, чем характер и включает в себя интеллект, способности, наклонности, мировоззрение, систему ценностных ориентаций, направленность интересов и т.д. (Личко А.Е., 1977). Для формирования и становления личностных качеств существенное значение имеет социум. Если поступок или система поступков как отражение особенностей характера совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычки и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосредуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и реализуются с помощью волевых актов (Менделевич В.Д., 2008).

Одними из основных отличий личностных качеств от характерологических черт являются: использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков, степень волевой регуляции поведения. Поступок или система поступков, как отражение особенностей характера, совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычки и до определенной степени автоматизированы. В рамках личностных качеств они опосредуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и реализуются с помощью волевых актов. Так, основными свойствами гармоничной личности являются следующие: 1) реализм в восприятии окружающей действительности, 2) желание адаптироваться к окружающей обстановке, 3) способность адаптироваться, принимать окружающих такими, какие они есть (Баткин Л.М., 1987).

«Стать личностью - значит, во-первых, занять какую-либо жизненную позицию, прежде всего определяющую нравственные приоритеты; во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность; в-третьих, утверждать ее своими поступками, делами, всей своей жизнью» (Братусь Б.С., 1988). Разделение на две категории - «люди привычки» и «люди воли» - в зависимости от истоков поведения предложил Орлов Ю.М. (1991). Первая в своей деятельности базируется на характерологических особенностях, вторая – на личностных. Типы характера различаются лишь направленностью и сферой применения «привычек».

Ценностные ориентации или личностные ценности являются одними из важнейших характеристик личности и подразумевают осознанные и принятые человеком общие, наиболее значимые смыслы его жизни. В процессе созревания и становления личность усваивает определенную философию с ранжированием ценностей в зависимости от нравственных устремлений, тем самым решая вопрос о смысле жизни.

К.Леонгард (1964, 1968) предложил выделять следующие типы акцентуированной личности: демонстративный, педантичный,

застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный (боязливый), экстравертированный, интровертированный. Типы акцентуации характера по А.Е.Личко (1977) следующие: истероидный, психастенический, эпилептоидный, гипертимный, циклоидный, лабильный, сенситивный, гипертимно-конформный, шизоидный, неустойчивый, конформный, астено-невротический. В литературе подчеркивается, что с особой осторожностью следует подходить к оценке личностных особенностей у подростков. Пубертатный период, связанный с биологическими перестройками, часто протекающий с психопатоподобными проявлениями различных психических расстройств, вариабельность поведенческих реакций этого возраста, гротескность их представленности могут приводить к «маскированию», «ускользанию» и, следовательно, недооценке симптомов формирующихся психопатических свойств (Сухарева Г.Е., 1959; Личко А.Е., 1982; Ковалев В.В., 1995; Шостакович Б.В., 2006; Макушкин Е.В., 2007; Смулевич А.Б., 2009, 2012). Другие авторы полагают, что основные характеристики личности возможно оценить уже в детско-подростковом возрасте, так как существуют однозначные корреляции стиля поведения во взрослом состоянии (Renschmidt., 2001; Krol N., Morton J., De Bruyn E., 2004; Frick P.J., 2006, 2012).

Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1990) в синдромальных рубриках традиционной психиатрии не предусматривает классификацию акцентуаций, представляя только расстройства зрелой личности и поведения у взрослых и выделяет параноидное расстройство личности (РЛ), шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное (уклоняющееся), зависимое и смешанное РЛ.

Следует подчеркнуть, что в современной психиатрии вопросу классификации личностных расстройств уделяется большое внимание (Abdelhameed M., Mahfouz R., Kamal A., Taha M., 2016; Ciubara A., Sacuiu I.,

Untu R.A., Radu D.A., Untu I., Poroh V., Stefanescu C., 2016; Jemar G.N., Mercurio E., Lopez S.M., 2016; Khemakhem R., Homri W., Karoui D., Mezghani M., Mouelhi L., Bram N., Ben I. Romdhane, Labbane R., 2016). В классификации DSM-5 наряду с традиционной категориальной моделью была создана альтернативная дименсиональная модель личностных расстройств. Она предполагает рассмотрение каждой личности по 5 векторам (сферам): 1) негативная аффективность, 2) отчужденность (отгороженность), 3) антагонизм (антисоциальная личность), 4) расторможенность или повышенный контроль, 5) психотизм.

Преобладание тех или иных черт устанавливается по специальным шкалам, которые представлены в приложении к DSM-5 (Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders, 2013).

Все критерии разделены на две проекции: относящиеся к себе (self), включающие индивидуальность и самонаправленность, и межличностные (interpersonal), включающие эмпатию и близость. Расстройство в той или иной проекции и характеризует психопатологию. Основным принципом новой классификации – это разделение расстройств личности по степени тяжести дисфункции или дезадаптации: 1) нет нарушений личности, 2) личностные проблемы (не классифицируются), 3) предпороговое расстройство личности, 4) легкая степень расстройства личности, 5) умеренное расстройство личности, 6) тяжелое личностное расстройство.

Ismayilova J. (2016) ссылается на лекции профессора Питера Тайлера из Империяльного Колледжа (Лондон), который указал на значительные преимущества классификации расстройств личности по степени тяжести, основанной на дименсиональном подходе.

Клинический опыт многих поколений психиатров-наркологов как будто свидетельствовал о существовании особого склада личности, отличающегося значительно большим риском развития зависимости от ПАВ по сравнению с другими личностными расстройствами, не говоря уже о норме. По-видимому, это оправдывало многочисленные попытки выделения

и описания алкогольной личности. При этом, иногда подразумевалось, что алкогольная зависимость возникает лишь у лиц с определенным складом характера, тогда как у индивидов, не попадающих под эту рубрику, болезнь не развивается (M.Chafetz, 1963).

Еще со времен Р. Крафт-Эбинга (1897) в психиатрии укоренилось мнение о том, что алкогольная зависимость обычно возникает у лиц с определенными личностными аномалиями. Аналогичной точки зрения в отечественной психиатрии придерживались Корсаков С.С. (1901), Рыбаков Ф.Е. (1910), Жислин С.Г. (1928, 1935) и др. Сухановым С.А. (1905) первоначально были выделены несколько групп больных алкоголизмом: тревожно-мнительные с психастеническими чертами, патологические резонеры, epileptoидные и истероидные индивиды. В наиболее завершенном виде эта концепция соотносит возникновение заболевания с конституциональными особенностями и может быть прослежена в работах Э. Кречмера (1930), который был убежден, что люди с определенным типом телосложения имеют и определенные личностные характеристики. Автор обратил внимание на различную реакцию на алкоголь циклоидов и циклотимов, с одной стороны, шизоидов и шизотимов – с другой. W.H. Sheldon, S.S. Stevens, W.B. Tucker (1940) связывали реакцию на алкоголь с выделенными типами темперамента (висцеротоники, соматотоники и церебротоники).

Одной из первых попыток в отечественной психиатрии разделения больных по личностным особенностям на группы стало описание Жислиным С.Г. (1935) синтонных и шизоидных больных алкоголизмом.

П.Б. Ганнушкин (1933) считал особенно предрасположенными к алкоголизму неустойчивых, безвольных психастеников, склонных к дистимиям, и возбудимых лиц с грубым аффектом.

К. Pohlisch (1933) выделил следующие варианты преморбидных личностных аномалий у больных алкоголизмом: гипертимный, депрессивный, возбудимый, неустойчивый, характеризующийся

псевдологией, и смешанный. Он подчеркивал, что опасность заболевания особенно велика для мягких, слабовольных, депрессивных личностей. У 25% обследованных больных автор в преморбиде не выявил личностных аномалий, однако позднее значительную часть этой группы отнес к циклотимикам, обладающим, по его мнению, особой устойчивостью к алкоголизму. Следует отметить, что С. Amark (1951) циклотимиков рассматривал как основной вариант преалкогольной личности. Учитывая наличие описанных противоположных типов в структуре преморбиды, является сомнительным предположение о специфичности преалкогольных личностных типов. R.Fox (1968) не отмечал значимых различий частоты заболевания алкоголизмом в группах с различными характерологическими аномалиями.

I.Staehelin (1943) выделил следующие типы пьющих лиц: простые, бесхитростные натуры с развитым «стадным чувством»; лица угрюмые, необщительные, стремящиеся разогнать тоску; психопаты, невротики и психически больные люди, живущие в разладе с окружающим миром, стремящиеся подавить в себе тревогу, состояние напряженности аффекта.

К.Конрад (1941) сформулировал генетическую теорию типов, где за основу взяты изменения пропорций тела, как первичные переменные, что позволило различать лептоморфиков и пикноморфиков. Используя и развивая понятия Э.Кречмера об определяющей связи психических расстройств с конституциональными особенностями (1921), автор утверждал, что шизотимия соответствует лептоморфии, а циклотимия – пикноморфии.

Клинико-антропометрические исследования в психиатрии-наркологии с использованием терминов «конституционально-психологические особенности» (Шайдукова Л.К., 1997), «морфо-конституциональные особенности», показали, что конституциональные параметры играют существенную роль в течении алкоголизма, влияя на его прогрессивность, особенности злоупотребления алкоголем (Цыцарев С.В., 1982; Сидоров П.И., Лушев Н.Е., 1986; Лисицын Ю.П., Сидоров П.И., 1990).

Пограничную аномальную личность (ПАЛ), занимающую промежуточное положение между акцентуациями и психопатиями, характеризующуюся повышенной уязвимостью в отношении воздействия внешних факторов, в т.ч. влияния алкоголя, выделяет И.В.Боев (1999). По мнению автора, среди представителей ПАЛ в значительно большей степени, чем среди акцентуантов, обнаруживаются смешанные конституционально-типологические ядра – шизо-истероидные, истеро-эпилептоидные.

М.Блейлер (1955) у 40% больных алкоголизмом квалифицировал состояние как «пограничное», описывая личности импульсивные, инфантильные, с гомосексуальными наклонностями. Он подчеркивал, что уже до развития болезни они были явно больны – ощущали в обществе неуверенность и тревогу, а в одиночестве – чувство неудовольствия и покинутости.

А.А.Портнов и И.Н.Пятницкая (1973) считали склонных к пьянству лиц примитивными, незрелыми, с низким уровнем психического развития, выпивающих «от скуки, от нечего делать».

F.Joung (1983), Ц.П.Короленко (1986) пишут о высокой вероятности развития алкогольной зависимости у интравертов. А.Alterman и R.Tarter (1985) считают, что гиперактивные лица с отклонениями в поведении считаются уязвимыми в плане алкоголизма, D.Donovan et al. (1983) отмечают значимость таких черт, как агрессивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, напряженность. Отличие от контрольной группы по таким факторам, как «психопатия», «депрессивность», «шизоидия» и «ипохондричность», показало изучение личности больных алкоголизмом с применением MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (W.Feuerlein, 1984). Дисгармоничные или синтонные натуры, синтонные с гипертимной ориентацией, эксплозивные с бедным внутренним миром, с органическими конституциональными изменениями описаны Б.М.Сегалом (1970) среди лиц, склонных к систематическому приему алкоголя. По мнению Г.В.Залевского (1984), больные алкольной зависимостью – это,

прежде всего, «амальгамные» личности, структура которых включает черты лабильности, гипертимности, epileptoидности, неустойчивости, истероидности. Лисицин Ю.П. и Сидоров П.И. (1990) считают, что к алкоголизму предрасполагают внушаемость, ранимость, тревожность, неспособность к практической жизни, инфантильность.

По мнению Гофмана А.Г. (2003), до начала злоупотребления алкоголем обычно дисгармонический склад характера не достигает такой степени, чтобы можно было диагностировать расстройство личности (психопатию). В результате многолетнего злоупотребления алкоголем появляются психопатоподобные расстройства (расстройства личности). Автор подчеркивает, что при длительном воздержании от алкоголя они могут подвергнуться полной или частичной редукции. По его наблюдениям, чаще всего наблюдаются следующие варианты преморбидных личностных особенностей: астенический, эксплозивный, синтонный (гипертимный), неустойчивый (пограничный тип расстройства личности), конформный (зависимое расстройство личности – пассивная и пораженческая личность), дистимический вариант (депрессивное расстройство личности), истерический вариант (истерическое расстройство личности), шизоидный (шизоидное расстройство личности).

Результаты клинико-психопатологического обследования, проведенного Кузнецовой-Моревой Е.А. (2008), могут свидетельствовать о преобладании пограничного расстройства личности у пациентов с аддиктивными расстройствами, что, как отмечает автор, может считаться фактором, предрасполагающим к развитию химических и поведенческих зависимостей. В половине случаев алкогольная зависимость сочетается с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Общими чертами являются повышенная импульсивность, аффективная ригидность, склонность к отрицанию тревоги и гипертимии, обособленность, беспечность, повышенная склонность к рискованным формам поведения, недобросовестность, повышенная доверчивость и зависимость от мнения

окружающих.

Поиск более специфических проявлений преморбидного личностного статуса больных с зависимостью от ПАВ привел к обособлению и включению в реестр признаков «краевых» вариантов патохарактерологических нарушений. Речь идет о «неустойчивых», «синтонных», «дистимических», «асоциальных» и некоторых других вариантах расстройства личности. По результатам работ ряда авторов, изучавших репрезентативные выборки наркологических пациентов, предполагается существование особого типа личности, обладающего значительно большим числом факторов риска в отношении развития алкоголизма и наркоманий (Пятницкая И.Н., 1971, 1994; Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1978; Небогатиков Г.А., 1989; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001). По данным Белокрылова И.В. (2004; 2006), превалируют три типа расстройств личности: эмоционально-неустойчивый (пограничный по DSM-4), нарциссический (DSM-4) и зависимый. Основными дифференциально-диагностическими признаками выделенных расстройств личности оказались соответствующие изменения в сфере аффектов, самооценки и межличностного взаимодействия. Расстройства личности, как утверждает автор, выступают не только в качестве патологической «почвы», преформирующей симптоматику и динамику алкоголизма и наркоманий, но и как непосредственно участвующий в развитии основных синдромов болезни клинко-патогенетический фактор. Введенное еще З.Фрейдом (1920) само понятие нарциссического расстройства (нарциссизма) со временем обнаружило тенденцию как к расширительному, так и узкому толкованию его сущности. Некоторые авторы, тяготеющие к психоанализу (Н.Kohut, 1977; Н.Rosenfeld, 1979), фактически отождествляют этот тип с пограничным расстройством, выделяя «нарциссический» вариант последнего. Имеется предположение, что оба эти расстройства отличает незрелая, инфантильная структура личности с выраженными проблемами самооценки и самоидентификации. Тем не менее,

нарциссическая личность имеет ряд особенностей как внутри-, так и межличностного функционирования, эмоциональной сферы и реактивности, определяющих ее квалификационную самостоятельность. Будучи сопоставимой в отношении признаков незрелости, дисгармонического инфантилизма, нарциссическая личность отличается от пограничной значительно более стабильной картиной представлений о себе самой и о значимых окружающих лицах. Преобладающее число исследователей считает, что, в отличие от пограничного типа, нарциссическое личностное расстройство широко варьирует по степени выраженности. По мнению О.Кернберга (1996), существует присущий большинству известных типов личностной патологии континуум, на одном конце которого присутствует так называемый «нормальный» нарциссизм или нарциссическая акцентуация характера, а на другом – тяжелый, «злокачественный» вариант этой психопатии. Белокрылов И.В. и Даренский И.Д. (2002) полагают, что прогноз нарциссического развития столь же неопределенный, как и для пограничной личности. Однако, как считают авторы, в этих случаях представляется более реальной возможность оценить глубину личностных отклонений, которые и будут являться косвенным предиктором исхода. Также, очевидно, что нарциссический личностный «дефект» осложняется и углубляется при развитии продуктивной экзогенно-обусловленной симптоматики, например, в динамике алкоголизма или наркоманий. Авторы подчеркивают, что значение описанных расстройств в освещении проблемы соотношения личности и наркологических заболеваний велико постольку, поскольку их введение в психиатрическую систематику фактически вновь актуализирует вопрос о типологическом определении пренаркоманической (преалкогольной) личности.

На наличие черт психического инфантилизма как значимом предикторе аддиктивных расстройств и связанную с этим гедонистическую установку, способствующую формированию зависимого поведения, указывают Ковалев В.В. (1995) и Надеждин А.В. (2001). Согласно данным Г.К.Ушакова (1978),

различная степень психологической незрелости наиболее часто представлена именно в структуре астенических, истероидных, неустойчивых типов личности. О тесной взаимосвязи мотивов поведения и побуждений (влечения, стремления, потребности) с характеристикой личности упоминают Асеев В.Г. (1976), Ломов Б.Ф. (1984), Немчин Т.А., Цыцарев С.В. (1989). Надеждин А.В. акцентирует внимание на том, что различными исследователями, работавшими в области возрастной психиатрии, инфантилизм как свойство личности или отдельных этапов ее развития понимается довольно неоднозначно. Если научные интересы автора сосредоточены на детском и препубертатном возрастном периодах, то понятие психического инфантилизма является либо основой, либо облигатной составляющей для объяснения тех или иных отклонений в рамках пограничной психиатрии. Надеждин А.В. основывается на работах Сухаревой Г.Е. (1959), Ушакова Г.К. (1978), Ковалева В.В., (1995). Если же область научных исследований ограничивается пубертатным периодом, то феноменологически схожие с инфантильными черты личности подростка получают название неустойчивых (Личко А.Е., 1985). То, что в детском возрасте проявляется «своей» поведенческой феноменологией, с началом пубертата, ввиду имманентной необходимости социализации, формирования «взрослых» паттернов поведения, искажается, огрубляется, приобретает большое социальное и даже криминальное значение и объективно трудно воспринимается как незрелость, «детскость» личностной структуры индивида. При этом психопатологическая основа как в детском, так и в подростковом возрасте остается той же самой – незрелость ряда психических функций, то есть психический инфантилизм. По результатам Мищенко Л.В. (2005), у всех больных алкогольной зависимостью с расстройствами личности выявлены в той или иной степени выраженные явления психического инфантилизма. В группе больных с РЛ возбудимого круга психический инфантилизм утяжелял личностные расстройства, способствовал снижению критики к заболеванию, затруднял проведение

лечебных и реабилитационных мероприятий. У больных с неустойчивым и истерическим РЛ инфантилизм входил в структуру личностных расстройств и по мере развития алкогольной зависимости клинически доминировал. У больных с РЛ тормозимого круга инфантилизм был менее выражен, но отличался стойкостью и делал личность интолерантной к стрессам, тем самым утяжеляя течение алкоголизма.

Кашин А.В. (2008), изучая демографические и клинические характеристики бездомных, пришел к выводу, что подавляющее большинство бездомных – это больные алкоголизмом. Из преморбидных особенностей личности чаще выявлялись примитивность, слабая обучаемость, нежелание учиться. У части больных это сочеталось с психопатическим поведением. Высокая частота судимостей и правонарушений (драки, мелкие кражи, хулиганство и т.д.) сочетались с другими проявлениями асоциальности (попрошайничество, паразитический, иждивенческий образ жизни). Для этих больных характерна более высокая скорость формирования СОА, преобладание постоянного типа злоупотребления алкоголем, а также наличие истинных запоев. У них более выражена алкогольная деградация личности при отсутствии явных предпосылок в анамнезе для особо тяжелого течения заболевания (Альтшулер В.Б., Кашин А.В., Кравченко С.Л., 2010).

М.Е. Бурно (1969, 1983) описал 5 вариантов структуры личности, предрасположенной к алкоголизму. Среди них оказались неустойчивые инфантильные, слабовольные асоциальные, астенические личности, а также «открытые грубоватые шутники». Обозначены слабовольные, «душевные» личности с некоторой интеллектуальной ограниченностью («простодушный» вариант), которые описаны как «флегматичные, бесхитростные, покладистые, скромные, слабовольные люди, неспособные жить духовной жизнью». По мнению Бехтеля Э.Е. (1986), основные психологические особенности лиц, предрасположенных к алкоголизму, базируются на недостаточном усвоении морально-этических норм, недоразвитии социально-

позитивных потребностей, аномально расширенных представлениях о норме вообще и об алкогольных нормах в частности. Это привело к выделению отдельных типов: аструктурная личность, экстернализованная личность (личность внешнего контроля), асоциальная и социально негативно ориентированная личность с выделением алкогольной и асоциальной личностей. Автор подчеркивает, что выделенные характерологические особенности не есть нечто принципиально новое. Они лишь отражают механизмы образования отклоняющегося поведения – нарушение усвоения общепринятых норм-правил, слабость социально-позитивных установок и нарушение иерархических отношений в системе потребностей и мотивов.

Меньшикова Е.С. (1988) выделила прогностически благоприятные признаки при оценке темпов формирования основных клинических симптомов алкоголизма: наличие внутренней самодисциплины, сформированность морально-этических стандартов, добросовестность и ответственность, повышенная внимательность к состоянию своего здоровья. Было показано, что особенности личностной сферы больных алкоголизмом коррелируют с клиническими проявлениями заболевания. В наибольшей степени с личностными признаками коррелирует глубина социального снижения, т.е. именно эти проявления клинической картины хронического алкоголизма в наибольшей степени связаны с личностной сферой.

Некоторые авторы (Бисалиев Р.В., Неклюдова С.А., Вешнева С.А., Овдиенко В.Б., Голобокова О.В., Кречина Е.В., 2011) акцентируют внимание на особенностях преморбидного статуса больных алкоголизмом мужчин из разных этнических групп.

В последнее время многие исследователи склоняются к мысли о том, что алкогольная зависимость может сформироваться при самых различных типологических особенностях личности. Анализ литературных данных показывает, что спектр отклонений достаточно широк и варьирует от неустойчивых и циклотимных до психастенических и смешанных расстройств личности. В преморбидной структуре больного зависимостью от

алкоголя обнаруживаются различные, порой, абсолютно противоположные характерологические особенности. Трудно назвать черты, которые бы не присутствовали у данной категории лиц. По мнению Э.Е. Бехтеля (1986), «легче перечислить варианты личности, которые не встречаются в преморбиде алкоголизма», чем описывать выявленные. Автор справедливо замечает, что разнородность и противоречивость научных данных «делает сомнительной специфичность преалкогольной личности». Многие авторы (Лукомский И.И., 1965; Морозов Г.В., Качаев А.К., 1971; Иванец Н.Н., 1978; Игонин А.Л., 1977; Новиков Е.М., 1978; Небаракова Т.П., 1980; Трубчанинова О.Н., 1980, 1982; Турова З.Г., 1980; Овсепян С.А., 1985; Иванец Н.Н., 2000) считают, что типологические особенности влияют только на формирование клиники и прогноз заболевания, а не на сам факт возникновения аддикции. От преморбидных конституциональных особенностей характерологического склада зависят клиника и динамика наркологических заболеваний, скорость формирования и тяжесть дефицитарных расстройств в их исходах. Показано, что более злокачественно алкоголизм протекает у лиц с истеро-возбудимыми чертами, более благоприятно - у лиц со стеническими чертами характера в преморбиде. Их отличает относительно малый темп прогрессивности алкогольной зависимости и относительная социальная сохранность. Так, Мищенко Л.В. (2005) считает, что у больных с РЛ возбудимого круга темп формирования алкогольной зависимости стремительный. У больных с неустойчивыми и истерическими РЛ развитие алкогольной зависимости быстрое, но не столь стремительное. Больные с РЛ тормозимого круга характеризовались более медленным темпом формирования зависимости по сравнению с другими. В зависимости от наличия тех или иных преморбидных характерологических черт установлены особенности опьяняющего действия алкоголя, типичные формы обычного и измененного опьянения (Рукоусев А.И., Бобров А.Е., 1982; Поздников П.А., Магалиф А.Ю., 2010). Бисалиев Р.В. и Марселин

А.Д. (2009) связывают различные формы атипичного алкогольного опьянения с личностными особенностями больных алкоголизмом.

Так, в преморбиде больных алкоголизмом и наркоманией со сходными клинико-динамическими характеристиками регистрируются одни и те же типы личностных девиаций. В частности, наиболее высокий темп прогрессивности алкоголизма обнаруживают больные с истеро-возбудимыми и шизоидно-астеническими чертами характера. Сопоставимая картина наблюдается и среди наименее тяжелых, мягко протекающих случаев алкогольной болезни: в спектре преморбидных личностных профилей выявляются преимущественно психастенические или «стенические» свойства (Трубчанинова О.Н., 1983; Ибатов А.Н., Бажин А.А., 1991). Преморбидные черты характера позволяют прогнозировать темп (Кокорина Н.П. и др., 1981; Еникеева Д.Д., 1985) и вариант течения наркологического заболевания (Таривердиева, 1982), а также развитие отдельных симптомов заболевания.

Особенности наркологических заболеваний описаны у больных с астеническими чертами (Небаракова Т.П., 1977), чертами истерического (Новиков Е.М., 1978) и стенического круга (Трубчанинова О.Н., 1983), неустойчивыми преморбидными чертами характера (Котлубай В.П., 1984), синтонной акцентуацией характера (Небогатилов Г.А., 1989), сензитивным преморбидом (Ибатов А.Н., Бажин А.А., 1991).

И.Г.Ураков и А.Л.Игонин (1978,1979) считают, что быстрее всего зависимость формируется у лиц, которые начали употреблять алкоголь, чтобы «компенсировать» личностные особенности. О средне-прогрессивном типе течения алкоголизма у лиц с астеническими и синтонными чертами характера упоминает Турсунходжаева Л.А. (1985). В то время как лицам с истеро-неустойчивыми и эксплозивными чертами характера свойственен высокопрогрессивный тип течения, считает автор. Промежуточное положение занимают больные с астеническими чертами характера в преморбидном периоде (Иванец Н.Н., 1988).

Яшкина И.В. (1995) на основании клинико-психопатологического обследования больных алкоголизмом с высоким уровнем социальной адаптации подчеркивает, что их характерологические особенности существенно отличаются от характерологических особенностей основной массы больных, состоящих на учете в наркологических учреждениях. Наиболее часто встречаются эпитимные со стеничностью, эпитимные с ригидностью, синтонные со стеничностью, гипертимные, конформные, тревожно-мнительные. Течение хронического алкоголизма у лиц с высоким уровнем социально-трудовой адаптации отличается следующими особенностями: отсутствием отчетливой динамики учащения приема спиртных напитков на этапе злоупотребления алкоголем, медленным формированием основных клинических проявлений заболевания, относительной утратой количественного контроля при сохранности ситуационного контроля, невыраженностью первичного патологического влечения и преимущественно экзогенным типом его актуализации, интенсивностью вторичного влечения к алкоголю и некоторыми другими проявлениями.

Понизовский П.А., Магалиф А.Ю. (2010), изучая особенности алкогольной зависимости у активно работающего контингента больных, сохраняющих высокий уровень трудовой и социальной адаптации, также отмечают, что из личностных особенностей преобладают синтонность и стеничность. Из особенностей клинических проявлений алкоголизма подчеркивается, что, кроме запойной формы, отмечается частое бессистемное употребление спиртного в дозах, не вызывающих запой, «вечерний алкоголизм» и «алкоголизм выходных дней».

Ураков И.Г., Качаев А.К. (1976) отмечали целесообразность изучения особенностей преморбидной личности одновременно с психопатологических и психологических позиций. Двойственность подобной оценки авторы оправдывали тем, что большая часть будущих больных алкоголизмом не является психопатологически отягощенными личностями до начала

алкоголизации. Отдельные исследователи, выявив наличие преморбидной личностной патологии менее чем у половины обследованных, указывают на ограниченный характер влияния преморбида на формирование личностных расстройств в психиатрии-наркологии (Сиволап Ю.П., 2003).

Учитывая все вышеизложенное, уместно вспомнить высказывание А.Д.Дембо (1910): «Пьют независимо от характера, но в зависимости от характера пьют по-разному, и по-разному формируется заболевание».

1.3. Психопатология личностных изменений при алкогольной зависимости

Вместе с существованием представлений о структурных аномалиях личности в преморбиде больных алкогольной зависимостью существует понятие об алкогольной болезни, как своеобразном развитии личности. Эта концепция предусматривает прогрессирующую перестройку структуры личности, что выражается в заострении типологических черт и нарастании эмоционально-волевой дисгармонии. В отсутствии единого типа будущего алкоголика убежден R.Wyss (1967). Автор указывает, что при развитии болезни появляются общехарактерологические признаки в виде пассивности, слабого использования своих возможностей, эмоциональной заторможенности, капитулировании перед трудностями, возникают напряженность и тревога.

Бачериков Н.Е. (1989) подчеркивает, что алкогольная зависимость является заболеванием, которое протекает от стадии к стадии с нарастанием изменений личности – от повышения истощаемости психических функций, в т.ч. внимания, памяти, мыслительных функций и волевых свойств в начале заболевания до их глубокого необратимого поражения с размыванием личностных черт, отсутствием критики к своему состоянию и поведению.

Семке В.Я. и Голубков О.З. (1974) указывают на усиление, гипертрофию, шаржирование прежних личностных качеств на ранних этапах

алкоголизации, а в дальнейшем – деформацию или трансформацию типологического склада, чаще всего с появлением астенического и истерического вариантов индивидуального склада характера. Уваров И.А., Поздеев А.Р., Лекомцев В.Г. (2001) выделяют три варианта деградации личности: а) по алкогольно-психопатоподобному типу, б) по органически-сосудистому типу, в) по смешанному типу.

По мнению Гофмана А.Г. (2003), в результате многолетнего злоупотребления алкоголем появляются психопатоподобные расстройства (расстройства личности), включающие морально-этическое снижение, оскудение интересов, снижение активности, выраженную социальную дезадаптацию, которые, тем не менее, могут подвергнуться полной или частичной редукции в случае длительной ремиссии. По его наблюдениям, снижение уровня личности (алкогольная деградация) выражается в преобладании стойких психопатоподобных расстройств (расстройств личности) с брутальной агрессией, грубым цинизмом, бестактностью, назойливостью, лживостью, стойкими ригидными установками. Присутствуют дисфории, мрачная подавленность или беспечность с благодушием и шутовством, плоским юмором. Аспонтанность, малоподвижность, бессмысленное времяпрепровождение, резкое оскудение интересов, запаса знаний и навыков характерны для «тяжелых случаев». Больные часто ведут паразитический образ жизни, становятся безразличными к своему внешнему виду и социально-бытовым условиям. Многие лишаются работы, семьи, жилища, переходят в категорию лиц без определенного места жительства, попадают в места лишения свободы.

Ряд авторов акцентирует внимание на том, что именно психические расстройства, формирующиеся в результате многолетней интоксикации, в подавляющем большинстве случаев определяют социальную дезадаптацию больных, а неадекватность поведения усиливает негативные соматические проявления заболевания (Chodoff P., Auth T., Toupin H.J., 1956; Douglas D.B., 1976).

Отечественные психологи убеждены, что распад личности при алкоголизме идет по пути разрушения ее мотивационной сферы, в частности иерархических ценностных отношений, и в конце этого процесса формируется личность без четкой мотивационной структуры, т.е. аморфная (Братусь Б.С., 1974; Зухарь В.П., Зейгарник Б.Ф., 1976).

По мнению Ковалева А.А. (2009), изучавшего особенности пивного алкоголизма, к специфическим особенностям изменений личности больных пивным алкоголизмом, в отличие от общей популяции больных алкоголизмом, следует отнести отсутствие выраженных интеллектуально-мнестических и нравственно-этических изменений даже на отдаленных этапах заболевания.

Согласно систематике МКБ-10 (1990), для диагностики алкогольного расстройства личности достаточно наличия двух или более из следующих черт: а) значительно сниженной способностью справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и не скоро приводящей к успеху; б) измененного эмоционального состояния, характеризующегося эмоциональной лабильностью, поверхностным неадекватным весельем (эйфория, шутливость), которое легко сменяется раздражением, кратковременными приступами злобы и агрессии; в) в некоторых случаях наиболее яркой чертой бывает апатия; в) недоучетом последствий и социальных норм при реализации потребностей и влечений (совершение антисоциальных поступков, предъявление неадекватных сексуальных притязаний, проявление прожорливости или несоблюдение правил личной гигиены); г) когнитивными нарушениями в форме чрезмерной подозрительности или параноидными переживаниями, а также чрезмерной охваченностью одной, обычно абстрактно-резонерской темой (сверхценные переживания); д) выраженными изменениями темпа и содержания речевой продукции со случайными и побочными ассоциациями; е) измененным сексуальным поведением (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Яшкина И.В. (1995) подчеркивает, что у лиц с высоким уровнем адаптации, несмотря на многолетнее злоупотребление алкоголем, как правило, возникает лишь заострение преморбидных личностных особенностей. Даренский И.Д. и Дудко Т.Н. (2010) полагают, что алкогольная зависимость в большинстве случаев не подразумевает тяжелую социальную, семейную и профессиональную дезадаптацию. Опережающая клиническую динамику социальная дезадаптация больных алкогольной зависимостью обычно свидетельствует о наличии коморбидного психического заболевания, в то время как зависимость от алкоголя является симптоматическим его проявлением.

Результаты, полученные Андреевой И.В. (2005), свидетельствуют о преобладании у больных алкогольной зависимостью изменений личности по эксплозивному и астеническому типу. Апатический, синтонный и эйфорический типы изменений личности наблюдаются, по мнению автора, гораздо реже. Причем, наиболее курабельными в плане достижения длительной ремиссии, по результатам исследования, являются больные с личностными изменениями астенического типа. Сравнимы между собой по курабельности пациенты с синтонными, апатическими и эксплозивными личностными типами. Самой неблагоприятной в прогностическом плане является группа больных с эйфорическим типом изменений личности.

Вызывают интерес результаты исследования Мищенко Л.В. (2005), изучавшей динамику личностных расстройств у больных алкогольной зависимостью и коморбидной личностной патологией. Автор подчеркивает, что в группе возбудимых происходило «застывание» личностных расстройств, быстрое нарастание эмоционально-волевых изменений. В группе неустойчивых – нивелировалась личностная дифференциация с быстрым нарастанием морально-этического снижения. В группе тормозимых появлялись факультативные черты: деструктивные тенденции, истероформные реакции.

Предметом изучения многих отечественных и зарубежных

исследований, проводившихся с начала прошлого века, являлась взаимосвязь алкогольной зависимости и депрессивных расстройств (Краепелин Е., 1910; 1912; Bleuer Е.; 1920 Жислин С.Г., 1935). Проблема особенно привлекала внимание во второй половине XX века (Лукомский И.И., 1970; Ануфриев А.К., 1978; Шумский Н.Г., 1983; 1999; Гофман А.Г., 1885; 2003; Ойфе И.А., 1990; Goodwin D.W. et al., 1977; 1984; 1989; Brown S.A., 1987; Schuckit M.A., 1989; Sontag Н., 2000). Крылов Е.Н. (2004) доказал, что в генезе и оформлении первичного элементарного депрессивного аффекта существенную роль играют в преморбиде личностные особенности в виде астенических, психастенических и возбудимых характерологических черт.

Афони́на А.А., Граженский А.В. (2008) обратили внимание на усиление, развитие и усугубление аффективной симптоматики в результате развития алкоголизма. Отмечено, что во время ремиссии могут возникать аффективные расстройства, прежде всего различные депрессивные нарушения. Их возникновение обусловлено конституциональными особенностями, последствиями многолетнего злоупотребления алкоголем, неблагоприятными внешними воздействиями (постоянная психотравмирующая обстановка или острая психическая травма). Чем длительнее срок воздержания от употребления алкоголя, тем реже возникают депрессивные нарушения, тем менее они выражены. Обычно, отмечают авторы, наблюдаются различные по структуре депрессивные нарушения: 1) дисфорическая депрессия; 2) тревожно-депрессивное состояние; 3) астено-депрессивное состояние; 4) апатическая депрессия с адинамией; 5) тоскливая депрессия с ипохондрией; 6) субдепрессивные состояния, свойственные эндогенным заболеваниям. Все формы депрессий, наблюдаемые во время ремиссии алкоголизма, относятся к категории неразвернутых, субдепрессивных состояний. С помощью экспериментально-психологических методик удастся обнаружить невысокую самооценку с чувством несостоятельности, неверием в свои возможности и завуалированным чувством вины.

По данным Дубининой Л.А., Ерышева О.Ф., Крупицкого Е.М. (2009), аффективные расстройства занимают ведущее место среди психических нарушений у больных алкогольной зависимостью, являются негативным фактором, влияющим на течение и прогноз заболевания. В проведенных ими исследованиях аффективные расстройства были диагностированы у 80% больных, в т.ч. тревога, субдепрессия, дисфория, апатия, эйфория.

Конищев А.С., Цыганков Б.Д., Гаджиева У.Х. (2009) выделяют следующие виды психопатологических нарушений невротического уровня у больных алкогольной зависимостью во время ремиссии: а) астено-депрессивные, б) тревожно-фобические, в) тревожно-ипохондрические. У астенодепрессивных преобладают симптомы повышенной утомляемости, слабости, пониженного настроения. Для большинства больных этой группы характерна психастеническая акцентуация личности. У пациентов тревожно-фобической группы встречаются повышенная тревога, нарушения сна, немотивированный страх, приступы паники. Для большинства пациентов этой группы характерна сенситивная акцентуация личности. В тревожно-ипохондрической группе наиболее часто встречаются высокий уровень тревожности, ипохондричность, фиксированность на своих соматических ощущениях. У большинства пациентов этой группы также определяется сенситивная акцентуация личности.

Понизовский П.А., Магалиф А.Ю. (2010), изучая контингент больных, сохраняющих высокий уровень социально-трудовой адаптации, выявили, что у синтонных и стеничных пациентов за годы злоупотребления спиртным появляются черты нажитой эмоциональной лабильности и тревожности.

По мнению Королькова А.И. (2012), интеллектуально-мнестические компоненты алкогольной деградации у мужчин и женщин существенно не различаются и отражают функциональное снижение, пропорциональное объемам потребляемого алкоголя. Причина сходства заключается в том, что «много» пьющие женщины не уступают мужчинам в этом отношении.

Большинство исследователей придерживается констатации определенного динамического стереотипа: заострение преморбидных черт – психопатоподобные изменения – нивелировка характерологических особенностей, обусловленная алкогольной деградацией или формированием психоорганического синдрома.

Психопатология и патопсихология личности при алкоголизме складывается в целом из расстройств, обусловленных, с одной стороны, биологическими механизмами токсико-органического процесса, а с другой – психологическим генезом, подчеркивает Дереча Г.И. (2005). С первыми связаны патологические заострения некоторых граней личности с последующей психопатизацией характера и нарастающая утрата когнитивных личностных ресурсов с формированием органического снижения личности. Второй механизм проявляется в аддиктивном (зависимом) развитии личности.

Анализ алкогольной болезни в виде патологического развития личности позволяет трактовать алкогольную зависимость в качестве динамического процесса, движущей силой которого является взаимодействие различных личностных факторов в непосредственной взаимосвязи с микросоциальными и ситуационными влияниями. По определению Боброва А.Е. (1984), социально-психологическая определенность конкретного человека не только отражается в болезни, но и формирует ее дальнейшее течение.

1.4. Психодинамические концепции алкогольной зависимости

В теории психоанализа обозначена крайняя точка зрения, рассматривающая психологический фактор как ведущий в этиологии алкогольной зависимости (Freed K., 1978). Еще со времен З. Фрейда (1897, 1905, 1912), отождествлявшего действие алкоголя с сексуальными проявлениями, «мастурбация – это первичная зависимость». Существует

представление о том, что алкоголизм и другие виды зависимостей заполняют вызванную фрустрацией (сексуальной неудовлетворенностью) пустоту. К основным причинам зависимости от алкоголя З. Фрейд (1905) относит сильную фиксацию на оральной стадии и нарушения нарциссического характера. Значительно позднее (З. Фрейд, 1927), после продолжительного этапа исследований связи зависимостей и сексуальности, автор приходит к выводу, что состояние алкогольного опьянения служит способом защиты от душевной боли и страданий. S. Rado (1933) также приравнивал алкогольную и наркотическую активность к сексуальной, где влечение возникает, по мнению автора, из-за нарушенной функции либидо. К.Абрахам (1908) пытался дать объяснение тому факту, что алкоголизм гораздо чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Акцентируется внимание на стимулирующем действии алкоголя на комплекс вирильности с одной стороны, а с другой, подчеркивается выигрышное влияние алкоголя в противостоянии с подавлением эмоций.

Употребление спиртного, с точки зрения D.Cameron (1971), свидетельствует о желании «растормозиться» с целью получения приятных, удовлетворяющих, в том числе новых ощущений, что составляет неотъемлемую часть нормальной человеческой психики. Gellinek E. (1960) рассматривал употребление алкогольных напитков как один из способов снятия напряжения при нарушенных адаптационных механизмах, это средство подавить чувство напряжения, страха, вины. На основании результатов исследования по изучению причин алкоголизации среди врачей M.Glatt (1979) пришел к выводу, что длительные эмоциональные и физические нагрузки, разочарование в жизни, необходимость расслабиться побуждают многих врачей прибегать к созданию более привычного комфорта, знакомого со времен студенческой жизни.

Достаточно оригинальна теория «структурного дефицита», получившая свое развитие на основании изучения внутреннего мира аддиктов. Сторонники теории убеждены, что аддиктивное поведение формируется за

счет неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, адаптивно изменять и контролировать свое поведение (Wieder H., Kaplan E., 1969; Wurmser L., 1974; Krystal H., 1988). Зависимые личности используют алкоголь и другие ПАВ для компенсации дефицитарности структуры и развития, замещения дефекта психологической структуры (Khantzian E.J., Wilson A., 1993).

Некоторые авторы убеждены, что черты зависимой личности попадают под определение «пограничной» личности с частой характерной изменчивостью психо-эмоционального состояния, импульсивностью, неустойчивой оценкой окружающего с тенденцией к максималистским противоречивым суждениям, хроническим чувством внутреннего хаоса, пустоты (Короленко Ц.П., Шпикс Т.А., 2005). Короленко Ц.П. и Дмитриева Н.В. (2002) пишут о наличии пограничных личностных расстройств с проявлениями депрессии, тревоги, панических и параноидальных состояний у подавляющего большинства больных алкогольной зависимостью. По данным Москаленко В.Д. и Ванюкова М.М. (1988), при исследовании «проблемно пьющих» лиц выявлены свойственные им неконтролируемая импульсивность, экстравертированность, подчеркивание своей мужественности, низкая продуктивность, подверженность отрицательным социальным влияниям. Некоторые авторы обращают внимание на то, что больные алкогольной зависимостью более склонны к агрессии, обладают меньшим самоконтролем, склонны к развитию «сверх-Я» (H.Kufner, цит. по W.Feuerlein, 1984). У большинства аддиктов, по мнению Wurmser L. (1974), сформировано «фобическое ядро – инфантильный или фобический невроз», что, якобы, является основой их будущей болезни. Автор убежден, что у этих лиц существует непереносимость собственных аффектов страха, гнева, агрессии. Это приводит к отказу «заглянуть в себя», они избегают интроспекции, т.е. отличаются «психофобией». Защитой от фобических проявлений являются фантазии, которые в виде защитных систем оберегают от страхов, уравнивают их воздействие. Это и является базой

формирования зависимости, так как индивидуум ищет поддержки у внешнего фактора – это может быть сексуальный партнер, наркотик, алкоголь или химическое вещество, а в отдельных случаях и сам психотерапевт. Зависимое поведение у подростков определяется наличием проблемных состояний (страхи, опасения, чувство вины, отношение к правилам и законам, нереализованные возможности), что приводит к нарастающей психопатизации, уменьшению коэффициента антиципации, появлению деструктивных способов разрешения фрустрирующих ситуаций, считают Гарганеев С.В., Рыбалко М.И. (2010). По данным Hill Н.Е. (1962), при аномалиях воспитания, с отсутствием постоянных интересов, ослаблением запрета на злоупотребление спиртным ослаблено чувство вины при нарушении запрета, чрезмерный прием алкоголя становится индивидуально приемлемым и человек, не обладая необходимой защитой, легко спивается. Колобовым В.В. (2008) проводилось изучение взаимосвязи системы отношений личности с мотивацией на лечение у больных алкогольной зависимостью. Большинство больных, особенно среди отказавшихся от лечения, склонны видеть причины своих жизненных проблем и пьянства, прежде всего в обстоятельствах, окружающих лица, и только в последнюю очередь - в себе. Как следует из полученных Молчановой Ю.Ю. (2008) данных, общий профиль уровня субъективного контроля (Ию) у больных алкоголизмом определяет экстернальную направленность реакций (низкий уровень субъективного контроля) в различных жизненных ситуациях.

Предпринимались попытки построения типов алкогольной зависимости на основе установления соотносительности клиники и исходов заболевания с феноменологическими и динамическими особенностями гедонистических свойств личности. Более тяжелое, непрерывное течение алкоголизма с худшим прогнозом, по наблюдениям Knight R. (1937), чаще наблюдается у «собственно алкоголиков», смолоду характеризующихся пассивностью и выраженной зависимостью от первостепенно значимых

близких. Их автор относит к лицам с чертами «орального характера». Изначально гипертрофированные гедонистические потребности проявляются признаками «эротизации» приема пищи, медикаментов, желанием постоянно что-либо жевать, грызть или сосать, сопровождающимся характерной «теплотой в желудке» и гиперсаливацией. «Регрессивные алкоголики» с запойной, компульсивной формой пьянства, с формированием алкогольной зависимости в более старшем возрасте и лучшим прогнозом, в преморбиде обладают «анальным характером». Их отличают стенические черты, упорство в достижении целей, стремление к доминированию.

Некоторые исследователи считают, что для зависимых личностей характерна аутоагрессия с наличием влечения к смерти. К.Э.Меннингер (1938) рассматривал различные формы саморазрушающего поведения, которые разделил на собственно самоубийство, хроническое самоубийство (аскетизм, мученичество, неврастения, алкоголизм, антисоциальное поведение, психозы), локальное самоубийство (членовредительство, симуляция, полихирургия, преднамеренные несчастные случаи, импотенция и фригидность) и органическое самоубийство (соматические заболевания). Аутоагрессивное поведение традиционно рассматривается сквозь призму суицидальных феноменов, однако все более очевидными становятся факты, свидетельствующие о наличии несуйцидальных, «завуалированных» форм аутоагрессии, пишет Бисалиев Р.В. (2009). Е. Sinunel (1927) является автором методики лечения больных различными зависимостями, склонных к саморазрушению, путем избавления от «невроза самоповреждения». Таким пациентам разрешалось наносить повреждения и уничтожать изображения персонала клиники, где они проходили лечение. В рамках психоаналитических воззрений Schiffer F. (1998) была высказана идея о самокарающих тенденциях у аддиктов, являющихся следствием травмирующего обращения с ними в детстве.

В. Франкл (1984) считал, что подавляющее большинство лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, это люди, не имеющие

жизненного смысла или его утратившие, т.е. испытывающие экзистенциальный вакуум – внутреннюю пустоту, бессмысленность существования.

Некоторые авторы полагают, что формирование зависимого поведения может происходить по пяти механизмам: делинквентному (Фелинская Н.И., 1978; Гурьева В.А., 1988; Буянов М.И., 1995), аддиктивному, патохарактерологическому (Овчарова Р.В., 1988), психопатологическому (Брюн Е.А., 1993) и на базе гиперспособностей. В основе большинства из них лежит психический инфантилизм (Леонтьев А.Н., 1972; Логунов А.В., 1985; Надеждин А.В., Иванова А.И., Трифонова В.П., Авдеев С.П., 1992; Пережогин Л.О., 1999). Он проявляется в разной форме: в виде протеста и эпатажа (при делинквентном типе), в виде «поиска успокоения и удовлетворения» вне реального мира (при аддиктивном типе), в виде неконтролируемости и незрелости реакций (при патохарактерологическом и психопатологическом типах) или в виде вытеснения (на базе гиперспособностей).

Нравственно-этическая незрелость, которая проявляется в отрицательном отношении к обучению, низком образовании, отсутствии общественно-политической активности и социально-значимых установок, узком круге и неустойчивости интересов, отсутствии увлечений и духовных запросов, нечеткости профессиональной ориентации, отсутствии установки на трудовую деятельность, дефиците мотивации поведения, уходе от ответственных ситуаций и решений, утрате «перспективы жизни», по мнению И.Н.Пятницкой (1979), является одним из основных факторов формирования раннего алкоголизма у подростков.

Многие исследователи считают, что независимо от типа преморбидной личности больных алкогольной зависимостью им присуща сниженная способность к адаптации, плохая переносимость стресса (Jellinek E., 1960; Hershenson D.B., 1965; Cappel H., Herrman C.P., 1972), потребность в получении удовольствия, «чувственная стимуляция» (W.Mc.Cord, J.Mc.Cord,

1959), высокий уровень тревоги, напряженность (Ефимов Д.И., 1935; Harwits J.J., Lelos D., 1968), эмоциональная инфантильность (Hill Н.Е., 1962; Glatt М.М., 1967). У больных алкогольной зависимостью, обнаруживающих различные характерологические особенности в преморбиде, а также на этапе сформированной алкогольной зависимости, чаще (но не всегда) присутствуют такие личностные особенности как: а) эгоцентризм; б) антисоциальность; в) беззаботность; г) нечестолобивость; д) поверхность, е) рисковость, которые в той или иной степени могут характеризовать преаддиктивную личность (Минков Е.Г., 1995, 2016; Менделевич В.Д., 2007).

Шайдукова Л.К. (2010), излагая существующие на сегодняшний день психодинамические концепции «аддиктивных личностей», подчеркивает неоднозначность и многогранность различных теорий, а также «актуальную потребность в нестандартном подходе к данной проблеме». Автор акцентирует внимание на современном подходе к проблеме злоупотребления не только алкоголем, но и другими ПАВ с точки зрения психобиосоциальной модели.

Подавляющее большинство отечественных исследователей (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973; Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я., 1978; Анохина И.П., Кибитов А.О., 2008; Гофман А.Г., 2010; Ковшова О.С., Кувшинникова М.Б., 2016; Клименко Т.В., Козлов А.А., Игумнов С.А., Станько Э.П., 2016 и др.) по мере накопления знаний и клинического опыта в области психиатрия-наркология, междисциплинарного взаимодействия, в т.ч. с психологией и социологией, не умаляют роли психологических факторов в развитии болезней зависимости, однако не считают их ведущими и рассматривают только в совокупности с социальными и биологическими.

1.5. Наследственная предрасположенность к аддикциям и патохарактерологическим нарушениям

Изучение проблем зависимости от алкоголя и других ПАВ имеет

давнюю историю, однако генетические факторы, возможно, создающие предрасположенность к заболеванию и механизмы, посредством которых формируется зависимость, остаются не вполне понятными.

Согласно современным представлениям медицинской генетики (Cloninger C.R. et al., 1981, 1988; Goodwin D.W. et al., 1983; Schuckit M.A., 1985; Бочков Н.П., 1984, 2003; Анохина И.П., 1988, 1994; Анохина И.П., Кибитов А.О., 2007 и др.), зависимость к алкоголю и другим ПАВ относят к обширному классу болезней с наследственным предрасположением, для которых характерны прогрессивность течения, ремиттирующий характер и нарастание тяжести симптомов заболевания с увеличением возраста больного. Учитывая позиции современных концепций формирования болезней зависимости, следует подчеркнуть, что главную основу составляет сочетание (триада) трех групп индивидуальных факторов: биологических (генетических), личностных (черты личности, темперамент и характер) и социальных (особенности развития и социального функционирования индивидуума). Данные, полученные в результате семейных исследований и близнецового метода, позволили утверждать, что наследственным факторам в развитии болезней зависимости принадлежит не менее 60-70% (Cloninger C.R. et al., 1981, 1985; Crabbe J.C. et al., 1985; Goodwin D.W. et al., 1983; Schuckit M.A., 1985; Bienvenu O.J. et al., 2011). Если допустить тот факт, что черты личности и характера индивида в большей мере контролируются генетически, а социальное функционирование во многом зависит от индивидуальных черт личности и своеобразных особенностей реакций на стресс, также имеющих генетическую компоненту (Munafò M.R. et al., 2003; Голимбет В.Е. и соавт., 2004, 2005; Гриценко И.К., 2006; Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Чернобровкина Т.В., 2013; Larsen H. et al., 2010; Dick D.M. et al., 2011), роль генетических факторов все более возрастает и приобретает решающее значение для конкретного лица. Вартанян М.Е. (1973, 1981) также указывал на мультифакториальный характер этиопатогенеза болезней зависимости, который предполагает сложное взаимодействие генетических

факторов и факторов среды, влияния микро- и макросоциального окружения больного, а также определенных черт личности, которые можно рассматривать как косвенные проявления биологической конституции индивидуума, возможно, нейроэндокринного генеза. Предрасположенность к заболеванию, обозначенная как «социальная наследственность», связана с передачей алкогольного опыта предшествующих поколений, особенно по материнской линии, считают Schuckit M.A. (1987); Полтавец В.И. (1987); Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. (1990); Поздняк В.Б. (1991).

Многочисленные генетические исследования лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, в основном алкогольной зависимостью, позволили сформулировать представление о существовании биологической предрасположенности к развитию зависимости, которая носит врожденный характер и закреплена генетически (Анохина И.П., 1988, 1994; Кноп J., 1985, Cloninger C.R. et al., 1981, 1988; Walker R.D. et al., 1996; Heath A.C. et al., 2001; Анохина И.П., Кибитов А.О., 2008; Кибитов А.О., 2011). Исследования в этой области способствовали пониманию важнейшей роли наследственности в подверженности различным аддикциям. С биологической точки зрения врожденная предрасположенность представляется как совокупность генетически обусловленных особенностей нейрохимических систем мозга, благодаря которым при злоупотреблении ПАВ состояние зависимости развивается быстро и протекает злокачественно. Тип наследования предрасположенности к наркологическим заболеваниям относят к олиго- либо полигенному типу, предполагающему вовлеченность небольшого либо значительного числа генов, соответственно, и не подчиняющегося классическим менделевским закономерностям.

Раннее начало и тяжелое течение заболевания в сочетании с высокой прогрессивностью являются клиническими проявлениями врожденной предрасположенности к алкогольной зависимости (Бокий И.В. и соавт. 1987; Гофман А.Г. и соавт., 1989; Cotton N.S. et al., 1979; Crabbe J.C. et al., 1985; Alterman A.I. et al., 1988; Cloninger C.R., 1988; Keenan E. et al., 1997; Dawson

D.A. et al., 2000; Hill S.Y. et al., 2000; Feinn R et al., 2009; Hack LM et al., 2011). Некоторые авторы называют такой тип алкоголизма «биологическим» или «истинным» в отличие от «социального» или «приобретенного» (Cloninger C.R., 1988; Penick E.C. et al., 1990, 1992; Brown J. et al., 1994; Limosin F. et al. 2001). Многие больных этой группы имеют семейную (наследственную) отягощенность по алкоголизму в виде наличия больных зависимостью от алкоголя в семье или среди кровных родственников. В англоязычной литературе часто используют синонимичный термин «family history» (семейная история). В зависимости от наличия семейной отягощенности авторами выделены два типа алкоголизма. Первый тип развивается под влиянием как средового, так и генетического фактора (средовой фактор реализует генетически детерминированную предрасположенность). Второй тип не зависит от средовых влияний и полностью формируется путем генетической передачи. Основанием для выделения алкоголизма III типа, более «чистого» в генетическом отношении, послужило выделение гена, контролирующего наследование криминальности (Hill S.Y., 1992).

По данным различных исследователей, примерно у 70 % больных алкоголизмом наследственность отягощена различными видами зависимостей. Для развития алкогольной зависимости семейная отягощенность, которая представляет наиболее зримый, клинически доступный и анамнестически легко выявляемый признак, заставляющий предполагать наличие биологической (генетической) предрасположенности у больного, была признана значительным фактором риска (Volicer B.J. et al., 1983, 1985; Turner W.M. et al., 1993, Brown SA, et. al. (1999); Compton W.M., et al., (2002)). Однако, следует подчеркнуть, что не все больные имеют семейную отягощенность и, наоборот, не все лица с отягощенной наследственностью становятся больными зависимостью (Goodwin D.W. et al., 1985(2); Mezzich A. et al., 1993). Latcham R.W. et al, 1985; Read M.R. et al., 1990; Schuckit M.A. et al., 2002, Nurnberger J.I. Jr., et al., (2004)). Популяционная нагрузка семейной отягощенностью по алкоголизму

значительна (около 20% популяции), причем максимальная доля отягощенных индивидуумов имеет больных родственников второй степени родства. (Schuckit M.A., Sweeney S., 1987). Здоровые в отношении зависимости от ПАВ индивидуумы имеют значительно меньшую (7-7%) степень семейной отягощенности по алкоголизму (Johnson E.O. et al., 2001). Теоретическое понятие биологической восприимчивости существует в клинической реальности в виде наследственной предрасположенности, порождающей фенотипы высокого риска развития болезней зависимости от ПАВ (Messas GP et al., 2004; Kuehn VM, 2011).

О ведущей роли дофаминовой мезолимбической системы в основных патогенетических механизмах формирования зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ пишет большинство исследователей (Анохина И.П., 1988, 2001; Анохина И.П., Кибитов А.О., 2007; Griffiths PJ et al., 1973; Henry DJ. et al., 1989; Peris J et al., 1990; Gardner E.L., Lowinson J.H., 1991; Acquas E. et al., 1991; Pellegrino SM, Druse M.J., 1992; Ortiz J. et al., 1995 и др.).

В исследованиях наследственной предрасположенности к зависимостям используют две основные гипотезы:

- 1) «метаболическую» (Езриелев Г.И., 1975; Suwaki H., Ohara H., 1988; Pratt O.E. et al., 1990; Чернобровкина Т.В., 1992 и др.);
- 2) «дофаминовую» (Анохина И.П., 1975; Engel J.A., Liljquist S., 1983; Анохина И.П., Кибитов А.О., 2008; Edan S., 2010)

Клинические проявления зависимости от ПАВ выступают в качестве сверхсложного «мозаичного» фенотипа, обусловленного многовариантным взаимодействием генов, кодирующих, прежде всего, дофаминовую нейротрансмиттерную систему.

«Дофаминовая гипотеза» патогенеза алкоголизма была сформулирована И.П.Анохиной (1975-1979). Функциональные изменения обмена дофамина (ДА) в мезолимбической системе головного мозга являются патогенетической основой зависимости от ПАВ (Анохина И.П. и

др., 1988). Хроническая дисфункция дофаминовой (ДА) нейротрансмиттерной системы мозга, в первую очередь затрагивающая систему подкрепления, является нейрохимической основой феномена зависимости от ПАВ. Анализ всей совокупности данных (Анохина И.П., Кибитов А.О., 2008 и др.) позволяет утверждать, что у больных алкоголизмом с семейной отягощенностью этим заболеванием имеется дефицит свободных форм ДА, который выполняет нейромедиаторные функции.

Разработана и развивается концепция *генотипического профиля зависимости от алкоголя и других ПАВ* как совокупности генотипических детерминант, наиболее полно описывающих состояние зависимости.

Молекулярная генетика дает представление о том, что болезни зависимости относятся к сложным мультифакториальным заболеваниям полигенной природы. Генетический риск развития заболевания является следствием влияния большого числа генов, влияющих на ряд функций мозга, причем каждый из генов вносит сравнительно небольшую долю в суммарный риск. Вариабельные участки ДНК (полиморфные локусы), структура которых различна в популяции человека, содержат многие гены. Предполагается, что определенные варианты полиморфизма могут быть связаны с наследственными полигенными заболеваниями. Каждый вариант полиморфизма обозначается как аллель, сочетание двух аллелей у одного носителя обозначается как генотип. Под гаплотипом понимается сочетание нескольких генотипов по разным локусам полиморфизма в одном гене у одного и того же носителя (Анохина И.П., Кибитов А.О., 2008, 2011). Большое количество публикаций по молекулярной генетике посвящено дофаминовому рецептору второго типа (DRD2). Выявлено большое количество полиморфных локусов в структуре гена DRD2 человека. Многочисленные работы в этом направлении доказывают, что аллельные варианты гена DRD2 ассоциированы с различными формами зависимого поведения, некоторыми личностными характеристиками, синдромом

Туретта, рядом психических заболеваний (Blum K et al., 1995; Comings D.E., Blum K., 2000; Neville M.J. et al. 2004; Dick D.M. et al., 2007; Kraschewski A. et al., 2009), патологической игроманией (Lobo DS et al., 2010), паническими расстройствами (Kucharska-Mazur J. et al. 2010). Установленные взаимосвязи полиморфных участков гена DRD2 с различными формами психических расстройств привели к расширенному поиску ассоциирования аллелей этого гена с аддиктивным поведением (Бочков Н.П. и соавт., 2003). Было установлено, что Taq1A A1 аллель в основном ассоциирован с аддикциями и антисоциальным поведением (Ballon N et al., 2007), в то время как A2 аллель чаще обнаруживается у больных шизофренией и обсессивно-компульсивным расстройством (Ponce G et al., 2009).

Достоверное превалирование аллеля Taq A1 у больных алкогольной зависимостью не было подтверждено результатами исследований Анохиной И.П. и Кибитова А.О. (2008, 2011), что соответствует данным Gorwood P., Batel P., Gouya L et al. (2000); Lawford B.R., Young R.M., Noble E.P. et al. (2000); Cubells J.F., Zabetian C.P. (2004); Freire M.T., Nuts M.H., Bau C.H. (2005). Неадекватный (ошибочный) подбор клинических и контрольных групп может являться наиболее частой причиной несовпадения данных, а часто и противоречивых результатов подобных исследований.

Многочисленные лабораторные исследования, проводимые в течение ряда лет отечественными авторами (Кибитов А.О., Анохина И.П., 2002; Анохина И.П., Иванец Н.Н., Шамакина И.Ю., Кибитов А.О., Воскобоева Е.Ю., Хуснутдинова Э.К. 2004; Кибитов А.О., Воскобоева Е. Ю., Моисеев И.А., Смирнова Е.В., 2006; Воскобоева Е.Ю., Моисеев И.А., Шамакина И.Ю., Анохина И.П., 2007; Кибитов А.О., Воскобоева Е.Ю., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Смирнова Е.В., 2009; Кибитов 2011 и др.) на молекулярно-генетическом уровне, подтверждают единство механизмов этиопатогенеза болезней зависимости от ПАВ. Выявлены три универсальных достоверных генетических маркера высокого риска развития болезней зависимости от ПАВ в виде полиморфных локусов генов: 2 маркера по гену дофаминового

рецептора второго типа (DRD2) и 1 маркер по гену фермента тирозингидроксилазы (TH). Кроме того, обнаружены (Кибитов А.О., Воскобоева Е.Ю., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Смирнова Е.В. 2008, 2009; Кибитов А.О., Бродянский В.М., Мохначев С.О., Агибалова Т.В., и др., 2010, Кибитов А.О., 2011 и др.) специфические генетические маркеры высокого риска развития болезней зависимости от разных ПАВ в виде полиморфных локусов генов.

В диссертационной работе Кибитова А.О. (2011) обоснована концепция молекулярно-генетического полигенного профиля (генопрофиля) зависимости от ПАВ, построение и валидизация которого является насущной задачей молекулярно-генетических исследований в наркологии. Выдвинута гипотеза о существовании двух групп (типов) маркеров-элементов генопрофиля: маркеры "генетического следа" (гены DRD2 и DRD4) и маркеры "реактивности" (гены TH, DAT, DBH и COMT). Особое внимание, считает Кибитов А.О. (2012), необходимо уделять контролю за важными параметрами отбора изучаемых групп пациентов и контрольной группы. Наиболее адекватный подход, по его мнению, предполагает поиск связи полиморфных вариантов с проявлениями клинического динамического фенотипа болезней зависимости от ПАВ, клиническими параметрами становления и развития заболевания, наибольшим образом зависящими от наличия и степени выраженности основного клинического признака генетической предрасположенности - семейной отягощенности конкретного больного по наркологическим заболеваниям.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Отбор больных для выполнения задач исследования осуществлялся с соблюдением ряда условий на базе клиники психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ России и в отделении неотложной наркологической помощи НД №5 Западного округа г. Москвы. Все больные проходили обследование и лечение в период с 1996 по 2012 гг..

В исследование не включались больные, перенесшие в прошлом тяжелые черепно-мозговые травмы, страдающие сопутствующими наркологическими (наркомания, токсикомания, игромания), неврологическими, психическими (в том числе, перенесшие до начала систематического злоупотребления алкоголем депрессивные расстройства) и хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения или декомпенсации, а также лица, страдающие алкоголизмом II-III и III стадии.

Всего обследовано 526 больных мужского пола в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст - $42,7 \pm 5,3$ лет), страдающих алкогольной зависимостью средней степени, согласно критериям МКБ-10 (F10.2). *Основную группу (алк.×акц.)* составили 310 больных (средний возраст - $44,9 \pm 5,8$ лет), у которых была диагностирована алкогольная зависимость в сочетании с различными акцентуациями характера. В *контрольную группу I (алк.)* вошли 140 больных (средний возраст - $46,8 \pm 6,1$ лет) – лица, страдающие зависимостью от алкоголя без признаков акцентуации характера и коморбидных психических расстройств. С целью сравнения особенностей формирования и течения алкогольной зависимости была сформирована *контрольная группа II (алк.×РЛ)* из 76 лиц, страдающих алкогольной зависимостью в сочетании с расстройствами личности (РЛ). Классификация осуществлена согласно рубрикам МКБ-10 (F10.2 и F 60.0 – 61.0).

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.

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

Для объективизации имеющихся акцентуаций – ярко выраженных основных черт характера - был использован опросник Шмишека-Леонгарда (1970).

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 больных алкогольной зависимостью с различными типами акцентуаций характера использовался глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма (Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н., Минутко В.Л., Виноградова Л.Н., 1991). Данные ежедневного клинического обследования больных заносились в индивидуальные оценочные карты, включающие 12 основных соматовегетативных и психоневрологических симптомов похмельного синдрома, выделенных в результате факторного анализа (Крылов Е.Н. с соавт., 1988), в течение 7 дней

исследования. В их число вошли, в порядке убывания факторных нагрузок, следующие симптомы: тревога, пониженное настроение, влечение к алкоголю, нарушения сна в форме трудности засыпания и поверхностного, чуткого сна в течение ночи, тремор, атаксия, тахикардия, повышение артериального давления, нарушения аппетита, жажда, повышенное потоотделение. При этом аффективные расстройства оценивались только по принципу их наличия или отсутствия, а остальные симптомы в баллах – от 1-го до 3-х.

С целью объективизации исследования и изучения особенностей клинической динамики алкогольной зависимости на различных этапах болезни (на этапе ремиссии, предрецидива и возникающих 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 «Смысложизненные 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, долевого 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.

2.1. Общая характеристика материала

Диагноз основного заболевания обследованных больных соответствовал шифрам МКБ-10 – F 10.242 (синдром зависимости от алкоголя, употребление в настоящее время (активная зависимость) – 31,3% (n=97); F 10.202 (синдром зависимости от алкоголя, в настоящее время воздержание (ремиссия) - 38,7% (n=120); F 10.30 (синдром отмены алкоголя неосложненный) - 20,3% (n=63).

Большинство пациентов основной группы (n=190, 61,3%) поступало на стационарное лечение после многодневного периода злоупотребления алкоголем с различной степенью выраженности соматовегетативных, неврологических и психических проявлений синдрома отмены алкоголя. Последнее употребление алкоголя происходило накануне, либо утром в день госпитализации.

Остальные больные алкогольной зависимостью (n=120, 38,7%) с различными акцентуациями характера обращались в клинику в постабстинентном периоде или во время ремиссии с жалобами на появление или усиление влечения к алкоголю, раздражительность, «нарастающую напряженность», нарушения сна. Показаниями для госпитализации служила необходимость стабилизации состояния, связанная с обострением патологического влечения к алкоголю и проведение противоалкогольного лечения.

Для диагностики средней (второй) стадии алкогольной зависимости использовались критерии МКБ-10, а также критерии И.В.Стрельчука (1940), А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой (1973), А.Г.Гофмана (1985). Эти критерии следующие: наличие СОА, максимальная толерантность к алкоголю, потеря количественного контроля, псевдозапойное или постоянное употребление алкоголя, влечение к алкоголю обсессивного или компульсивного характера, потребность в психическом и физическом комфорте, достигаемом в состоянии алкогольной интоксикации, изменение формы опьянения.

При поступлении в клинику больные чаще всего жаловались на «общий дискомфорт», слабость, ощущение тяжести или давления в голове, нарушение концентрации внимания, озноб, потливость, плохой аппетит или его полное отсутствие, «подташнивание», «трясучку» - дрожание рук или всего тела. Иногда в высказываниях пациентов преобладали жалобы на «общую разбитость», неприятное ощущение давления в области сердца, учащенное сердцебиение, позывы к рвоте при попытке приема пищи, нарушения сна в форме трудностей засыпания или поверхностного, чуткого, не приносящего чувства отдыха сна в течение ночи. Практически у всех пациентов в той или иной степени выраженности сохранялось влечение к спиртному.

Для клинической диагностики наиболее важны два подхода к проявлениям синдрома отмены алкоголя. При первом СОА рассматривается с точки зрения его структуры, при втором – с точки зрения динамики состояния, изменяющегося после прекращения употребления спиртного. В работе учтены оба этих аспекта.

В клинической картине СОА средней степени тяжести преобладали умеренно выраженные астено-вегетативные расстройства. Наиболее часто наблюдались повышение артериального давления до 145 мм.рт.ст., тахикардия, гипергидроз, ощущение тяжести в голове, слабость и утомляемость. Гастрические расстройства были выражены минимально в

виде легкой обложенности языка белым налетом, сухости во рту, небольшой жажды. Среди неврологических проявлений можно отметить тремор пальцев вытянутых рук, век, оживление сухожильных и надкостничных рефлексов, легкую локомоторную атаксию. Больные жаловались на трудности засыпания и раннее пробуждение, испытывали выраженное влечение к спиртному. В большинстве случаев сами больные не актуализировали признаки снижения настроения, но при детальном расспросе были объективно зафиксированы незначительные признаки подавленно-угнетенного состояния.

В клинической картине СОА средне-тяжелой степени среди соматовегетативных проявлений отмечались выраженная гиперемия и отечность лица, инъекирование и субиктеричность склер, желто-коричневый налет на языке, повышение АД до 150 мм.рт.ст., выраженная тахикардия, гипергидроз, значительная жажда, из-за чего больные употребляли большое количество жидкости. В высказываниях пациентов при поступлении в стационар преобладали жалобы на общую разбитость, болевые ощущения в области сердца, тяжесть в голове, головокружение, головную боль, тошноту, позывы к рвоте или рвоту при попытке приема пищи, периодический озноб, дрожание в конечностях. Неврологические расстройства были представлены выраженным тремором рук, век, языка, головы. Грубый интенционный тремор усиливался при закрытых глазах. Отмечались моторная атаксия, неустойчивость в позе Ромберга, значительное оживление сухожильных и надкостничных рефлексов с расширением зон их вызывания, ослабление зрачковых рефлексов, достаточно часто встречались горизонтальный крупно- или мелкокоразмашистый нистагм, слабость конвергенции. Была нарушенной координация движений, они были порывистыми, размашистыми, дизритмичными. Наблюдалась идеаторная заторможенность. В беседе часто ответы следовали с задержкой, иногда больные ограничивались произношением отдельных выражений и слов. Речь была смазанной,

маломодулированной. Настроение оставалось пониженным. Отмечались общая угнетенность, мрачность, подавленность, неуверенность с идеями самообвинения, стремлением упрекать себя в пьянстве и неподобающем образе жизни. Больные высказывали массу соматических жалоб, виновато вздыхали, с трудом передвигались, при этом присутствовала мимика скорби и боли. Движения были замедлены, поза сгорбленнщй, с опущенной головой. Больные одновременно просили помочь им, демонстрируя «плохое состояние» со стремлением вызвать сочувствие и, в то же время, «не трогать», предоставить возможность «отлежаться». В общение вступали нехотя, с трудом осмыслили вопросы, допускали ошибки, не были уверены в ответах, испытывали трудности в воспроизведении дат и последовательности событий. У других пациентов окраска настроения носила дисфоричный оттенок. Они были напряжены, раздражительны, иногда грубы, нетерпеливы и нетерпимы к окружающим. С оттенком озлобленности заявляли, что «все надоело, тяжело жить». Обвиняли в пьянстве социальную среду, значительно приуменьшали размеры злоупотребления алкоголем, гневливо отзывались о родственниках, которые «упекли» их в клинику, «а сами пьют не меньше», искали сочувствия и «понимания». Считали окружающую и домашнюю обстановку «невыносимой», вызывающей чувство досады и «нарастающего напряжения», чем и оправдывали свое пьянство. Иногда на фоне тревожности, неусидчивости, суетливости высказывали идеи отношения, считали, что «все» на них «презрительно смотрят». В то же время некоторые больные обнаруживали чрезмерную заботу о своем здоровье, предъявляли множество самых разнообразных жалоб на тягостные и неприятные ощущения, требовали назначить дополнительные обследования и оказать им «срочную» помощь, демонстрировали озабоченность состоянием внутренних органов, в первую очередь, сердца и печени. Практически все больные иногда уклончиво, а чаще настойчиво и назойливо, просили «опохмелить» их.

Наиболее тягостным было состояние больных в период СОА тяжелой степени. При первичном осмотре кожные покровы лица и верхнего плечевого пояса имели багрово-красную окраску, была выраженной отечность, одутловатость лица, значительный гипергидроз, вплоть до проливного пота, озноб, обложенность языка коричневым налетом, иногда повышение температуры тела. Отмечалась неоднократная спонтанная рвота желчью, вследствие чего больные не могли принимать пищу и воду, хотя их и мучила жажда. Беспокоила головная боль с чувством «распирания» или «сжатия». Неврологические расстройства по сравнению с таковыми у больных средне-тяжелого течения СОА были значительно выраженнее. Отмечался генерализованный тремор всего тела, из-за которого некоторые больные не могли самостоятельно поднести ложку ко рту. Грубая туловищная атаксия мешала самостоятельно передвигаться. Настроение отличалось чрезмерной лабильностью. Наблюдались различные оттенки тревоги, суетливость с двигательным беспокойством, неусидчивость, пугливость со страхами. Иногда отмечалась депрессия с двигательной заторможенностью, угнетенностью, апатией, безразличием к окружающему, слабодушием, чрезмерной истощаемостью. Порой возникала тревога с витальными ощущениями – «внутри все горит», «в груди давит» с опасениями «остановки сердца», «страхом смерти». Часто тревога сочеталась с тоскливо-злобным настроением, напряженностью, взрывами гневливого возбуждения, мрачностью, подозрительностью в отношении окружающих. У ряда больных возникали гипнагогические галлюцинации, в редких случаях – иллюзии, либо элементарные слуховые галлюцинации в виде окликов, звуков, шумов. Содержание гипнагогических галлюцинаций носило устрашающий характер. Сон был тревожным, дремотное состояние сопровождалось наплывом устрашающих сновидений. Иногда при попытке закрыть глаза виделись устрашающие образы и «неприятные» сцены, которые исчезали при открывании глаз. К утру больные чувствовали себя «измотанными», их

беспокоило чувство недосыпания, разбитости. Влечение к спиртному носило непреодолимый, навязчивый характер.

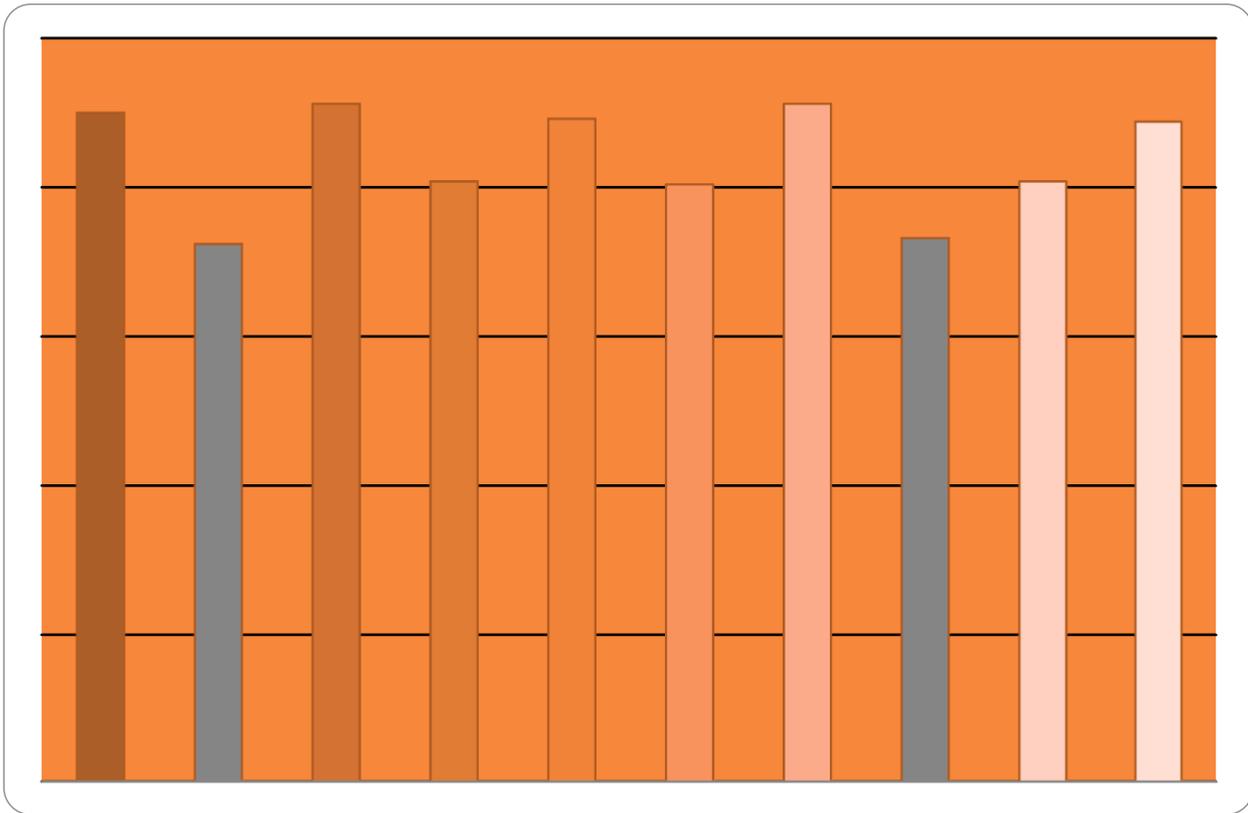
Первое обследование проводилось при поступлении больного в стационар до назначения какой-либо терапии, затем в течение 5-7 дней существования соматоневрологических и психических признаков синдрома отмены алкоголя с регистрацией динамики убывания симптомов. Психологическое тестирование с использованием методик психометрии осуществлялось на этапе начала становления терапевтической ремиссии, перед выпиской больного из стационара.

Для объективизации имеющихся акцентуаций – ярко выраженных основных черт характера - был использован опросник Шмишека-Леонгарда. Г.Шмишек разработал данный тест в 1970 г. на основе теоретической концепции К.Леонгарда об акцентуации характера. Опросник состоит из 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Доминирующий тип акцентуированного характера определялся по максимальному числу баллов, которые набирал испытуемый в результате тестирования. Сумма «сырых» баллов, умноженная на соответствующий коэффициент, дает показатель типа акцентуации. Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24 балла. Признаком акцентуации считается величина, превосходящая 18 баллов. Все обследованные больные имели показатель от 18 баллов и выше.

Полученные данные представлены в виде профиля личностной акцентуации на диаграмме 1.

Диаграмма 1.

Профиль личностных акцентуаций обследованных больных основной (алк. × акц.) группы.



В соответствии с тестом Г.Шмишека выделенные К.Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены им на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимный, аффективный, эмотивный). Это создавало определенные трудности в трактовке именно характерологических особенностей и не отражало полной картины имеющихся типов личностных акцентуаций.

Систематика, согласно которой идет разделение на различные типы характерологических акцентуаций в изложении диссертационного материала, основывается на клинико-anamnestических 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). Типы акцентуаций характера в основной (*алк.×акц.*) группе больных алкогольной зависимостью представлены в таблице 1.

Типы личностных акцентуаций больных алкогольной зависимостью
основной (алк. × акц.) группы.

Типы акцентуаций	Абс.	%	Доминирующие проявления	Абс.	%
Стеничные	51	16,5%	гипертимные	23	45,1%
			с тревожностью	11	21,6%
			истероидные	7	13,7%
			педантичные	5	9,8%
			возбудимые	5	9,8%
Циклоиды	38	12,3%	биполярные	17	44,7%
			с преобладанием гипертимии	12	31,6%
			с преобладанием гипотимии	9	23,7%
Ананкастные	36	11,6%	-	-	-
Шизоиды	33	10,6%	аффективные	15	45,5%
			паранойяльные	11	33,3%
			сензитивные	7	21,2%
Эпилептоиды	29	9,4%	возбудимые	17	58,6%
			педантичные	12	41,4%
Дистимичные	28	9,0%	-	-	-
Аструктурные	25	8,0%			
Сензитивные	35	11,3%	лабильные	26	74,3%
			гипотимные	9	25,7%
Конформные	18	5,8%	-	-	-
Истероиды	17	5,5%	-	-	-

Число б-х в группе	310	100%	-	-	-
--------------------	-----	------	---	---	---

Среди многообразия личностных проявлений (акцентуаций), сочетающихся с алкогольной зависимостью и превалирующих в настоящей выборке, оказалась стеничность, в т.ч. с гипертимными проявлениями - 16,5% (n=51). Значительный удельный вес принадлежит циклоидам - 12,3% (n=38), ананкастам - 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 типы акцентуаций, в т.ч. аструктурные - 8,0% (n=25), конформные - 5,8% (n=18), истероиды - 5,5% (n=17) представлены в меньшем количестве.

Особенности характера обследованных больных выявились уже в детстве, значительно усилившись в пубертатном возрасте в подавляющем большинстве случаев - 70,3% (n=218), появились новые - в 13,2% (n=41). В постпубертатном периоде у 67,4% (n=209) больных особенности характера не изменились, у 23% (n=71) - сгладились, у 9,6% (n=30) - усилились и появились новые. Патологических реакций дезадаптации, связанных с особенностями характера у лиц с акцентуациями характера, в подавляющем большинстве случаев - 94,8% (n=294) - не отмечено. Деструкция семьи родителей (до пубертата больного) и воспитание одной матерью отмечены в 13,3 % (n=41). В семьях, где вместо отца был отчим - 6,8% (n=21), остальные воспитывались в полных семьях.

В 26,5 % (n=82) наблюдений отмечалось неправильное воспитание (гиперопека, гипоопека, «ежовые рукавицы», условия повышенной моральной ответственности, условия жестких взаимоотношений). Статистически значимых различий в перераспределении указанных нарушений между группами больных не выявлено.

С целью регистрации особенностей клинических проявлений основного заболевания, подтверждения диагностики акцентуаций и

проведения отдельных сравнительных исследований, в т.ч. психологического тестирования, была набрана *контрольная группа II (алк.×РЛ)* пациентов. В исследуемую группу вошли 76 больных (мужчин) в возрасте от 24 до 45 лет, у которых диагностирована алкогольная зависимость средней (второй) стадии, согласно критериям МКБ-10 (F 10.2), в сочетании с различными личностными расстройствами (F 60.1 – 61.0). Средний возраст пациентов - $34,4 \pm 3,7$ года.

Систематика расстройств личности и поведения, изложенная в диссертационном материале, основана, в первую очередь, на клинической картине имеющихся личностных особенностей и исходит из критериев МКБ-10, соответствующих рубрикам F60 – «Специфические расстройства личности» (F60.0-F60.9) и F61.0 – «Смешанные расстройства личности», а также критериях, разработанных П.Б. Ганнушкиным (1933), Б.В. Шостаковичем (1997, 2006), Ю.А. Александровским (2000, 2009), А.Б. Смулевичем (2007).

Среди обследованных 76 больных *контрольной группы II (алк.×РЛ)* выделены следующие типы личностных расстройств:

1. Эмоционально-лабильное расстройство личности, импульсивный тип (F60.30) – 27,6% (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).

Особенности характера обследованных больных выявились уже в детстве, в подавляющем большинстве случаев – в 77,6% (n=59), значительно усилившись в пубертатном возрасте, появились новые - в 11,2% (n=17). Около 39,5% (n=30) больных с детства не знали слова «нельзя», отличались

непослушанием дома и в школе, на занятиях оставались неусидчивыми, отвлекаемыми, любили «носиться по коридору», предпочитали уличное времяпрепровождение. Другие отличались спокойствием, «инертностью», подверженностью внешнему влиянию, особенно со стороны уличных подростков, тенденцией к прогулам школьных занятий, раннему началу курения и употребления спиртного. Такие подростки под давлением родителей часто посещали различные кружки, у них появлялись различные хобби, но им быстро «все надоедало» и они часто бросали занятия, не доведя начатое до конца. В постпубертатном периоде у 67,1% (n=51) больных особенности характера усилились, у 23,6% (n=18) обследованных – к основным, патохарактерологическим особенностям присоединились усиливающие дезадаптацию новые черты (в основном возбудимость, вспыльчивость, несдержанность, недоучет ситуации). Не служили в рядах вооруженных сил 53,9% (n=41) обследованных. По медицинским показаниям, связанным с диагностикой личностных нарушений, были признаны негодными к воинской службе 23,7% (n=18) пациентов. Обучались в ВУЗах, где была военная кафедра, 13,2% (n=10) пациентов. 11,8% (n=9) были освобождены от прохождения воинской службы в связи с соматическим (язвенная болезнь, панкреатит) и неврологическим (кифосколиоз, плоскостопие) неблагополучием. Среди проходивших воинскую службу отбывали наказание на гаупвахте, в т.ч. «по несправедливому обвинению» - 14,3% (n=5) больных, имели дисциплинарные замечания, в т.ч. «уход в самоволку» и драки - 31,4% (n=11).

2.2. Сравнительная характеристика групп больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и личностными расстройствами (РЛ).

Семейная отягощенность психическими заболеваниями и болезнями зависимости в *основной (алк.×акц.)*, *контрольной I (алк.)* и *контрольной II (алк.×РЛ)* группах больных представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Семейная отягощенность психическими заболеваниями и болезнями зависимости в исследуемых группах больных.

Семейная отягощ.	Основн. группа (алк.×акц.) (n=310)	Контр. группа I (алк.) (n=140)	Контр. группа II (алк.×РЛ) (n=76)
Психические расстройства			
Всего	4,2 % (n=13) F30-F39 – 1,6% (n=5) F20- F29 – 0,6% (n=2) F00-F01 – 1,9% (n=6)	5,0 % (n=7) F30-F39 – 2,3% (n=3) F20- F29 – 0,7% (n=1) F00-F09 – 2,9% (n=4)	23,7 % (18) F30-39 – 7,9% (n=6) F20-29 – 3,9% (n=3) F40-48 – 7,9% (n=6) F00-09 – 3,9% (n=3)
I ст.родства	F30-39 – 0,6% (n=2) F00-01 – 0,6% (n=2)	F30-F39 – 0,7% (n=1)	F20-29 – 2,6% (n=2) F30-39 – 2,6% (n=2) F40-F48 – 7,9% (n=6)
II-III ст.родства	F20-29. – 0,6% (n=2) F30-F39 – 1,0% (3) F00-01 – 1,3% (4)	F30-F39 – 1,4% (n=2) F00-F09 – 2,9% (n=4) F20- F29 – 0,7% (n=1)	F30-39 – 5,3% (n=4) F20-29 – 1,3% (n=1) F00-09 – 3,9% (n=3)
Алкогольная зависимость или злоупотребление алкоголем			
Всего	31,9 % (n=99) F10.1-10.2 – 31,9%	26,4 % (n=37) F10.1-10.2 – 11,4%	51,3 % (n=39)
I ст.родства	54,5 % (n=54)	35,1 % (n=13)	22,4 % (n=17)
I-II ст.родства	-	27,0 % (n=8)	18,4 % (n=14)
II-III ст.родства	45,5 % (n=45)	43,2 % (n=16)	10,5 % (n=8)
Другие виды зависимости			
Всего	-	-	7,9 % (n=6)

			F12.2 – 3,9% (n=3) F11.2 – 2,6% (n=2) F13.2 – 1,3% (n=1)
I ст.родства	-	-	F12.2 – 3,9% (n=3) F11.2 – 1,3% (n=1) F13.2 – 1,3% (n=1)
II ст.родства	-	-	F11.2 – 1,3% (n=1)

Следует подчеркнуть благополучную наследственность в плане отсутствия у ближайших родственников диагностированных психических расстройств в подавляющем большинстве случаев в *основной (алк.×акц.)* и *контрольной I (алк.)* группах больных.

В *основной группе (алк.×акц.)* эндогенными психическими заболеваниями в форме аффективного расстройства (F 30-39) страдали один из родственников I степени родства у 0,6% (n=2) больных и один из близких II степени родства - у 1,0% (n=3) больных. Установленный диагноз шизофрении и шизотипического расстройства (F20-F29) встретился у одного из родственников II-III степени родства, т.е. у 0,6% (n=2) больных. Органические психические расстройства, в т.ч. деменция при болезни Альцгеймера (F00) и сосудистая деменция (F01), были зарегистрированы среди родственников I-II степени родства у 1,9% (n=2) больных.

Психические расстройства среди родственников *контрольной группы I (алк.)* зарегистрированы у 5,0 % (n=7) больных. Среди них расстройства аффективного спектра зарегистрированы у 2,3% (n=3) всех обследованных больных. Органические, включая симптоматические, психические расстройства, встретились в 2,9% (n=4) случаев. Диагноз шизофрении зарегистрирован у бабушки (0,7 %) одного из больных.

Среди ближайших родственников у лиц *контрольной группы II (алк.×РЛ)* в 23,7 % (n=18) случаев зарегистрирован диагноз психического

расстройства. Эндогенными психическими заболеваниями в форме аффективного расстройства (F 30 - F39) страдали 2 (2,6%) человек из родственников I степени родства и четверо (5,3%) - из родственников II-III степени родства. Установленный диагноз шизофрении (F20-F29) встречался у двух из родственников I степени родства (2,6%) и у одного (1,3%) родственника II-III степени родства. Невротическими и соматоформными расстройствами страдали шестеро (7,9%) из сестер обследованных больных. Органические психические расстройства, в т.ч. деменция при болезни Альцгеймера (F00.2) и сосудистая деменция с острым началом (F01.9), были зарегистрированы у родственников II степени родства также у 3,9% (n=3) больных. Сестра (1,3%) одного из пациентов проходила стационарное лечение в одной из психиатрических клиник по поводу зависимости от феназепама. Диагноз героиновой зависимости зарегистрирован в 2-х случаях - у родного и двоюродного братьев обследованных больных.

Обращает на себя внимание самая высокая отягощенность алкоголизмом родственников лиц, страдающих алкогольной зависимостью на фоне установленного диагноза РЛ - 51,3% (n=39). Из них в 22,4% (n=17) случаев злоупотребляли алкоголем отцы (n=14) и матери (n=3) обследованных больных.

В *контрольной группе I (алк.)* больных наследственная отягощенность алкоголизмом встретила в 26,4 % (n=37) случаев. В подавляющем большинстве случаев - 35,1 % (n=13) злоупотреблял алкоголем отец. В 27,0 % (n=10) наблюдений зарегистрировано злоупотребление спиртными напитками или сформированная алкогольная зависимость у родственников I-II степени родства (и отец, а также дед, братья, сестры). Злоупотребление спиртными напитками у деда, дяди и тетки встречалось в 43,2% (n=16) случаев.

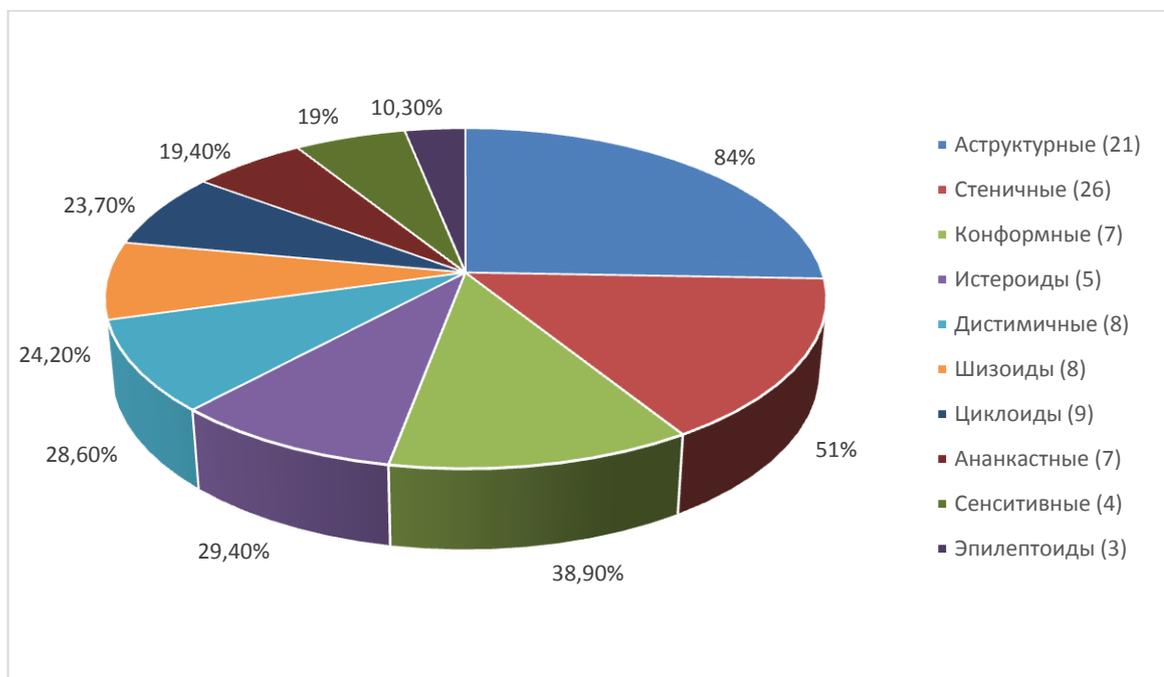
Среди лиц *контрольной группы II (алк.×РЛ)* у 51,3% (n=39) больных наследственность отягощена алкогольной зависимостью. В 22,4% (n=17)

случаев злоупотреблял алкоголем или страдал алкогольной зависимостью один из родственников I степени родства (в подавляющем большинстве случаев отец) и в 18,4% (n=14) случаев родственник II степени родства (дед). В 15,8% (n=7) случаев злоупотребляли алкоголем и отец, и дед обследованных больных. У 10,5% (n=8) больных страдали алкогольной зависимостью братья, сестры, дяди.

В основной (алк. × акц.) группе у 31,9% (n=99) пациентов злоупотреблял алкоголем или страдал алкогольной зависимостью один из родственников I-II степени родства (в большинстве случаев отец). В 68,1% (n=211) случаев наследственность алкоголизмом не отягощена.

Диаграмма 2.

Семейная отягощенность злоупотреблением алкоголем у больных с различными характерологическими акцентуациями основной (алк. × акц.) группы .



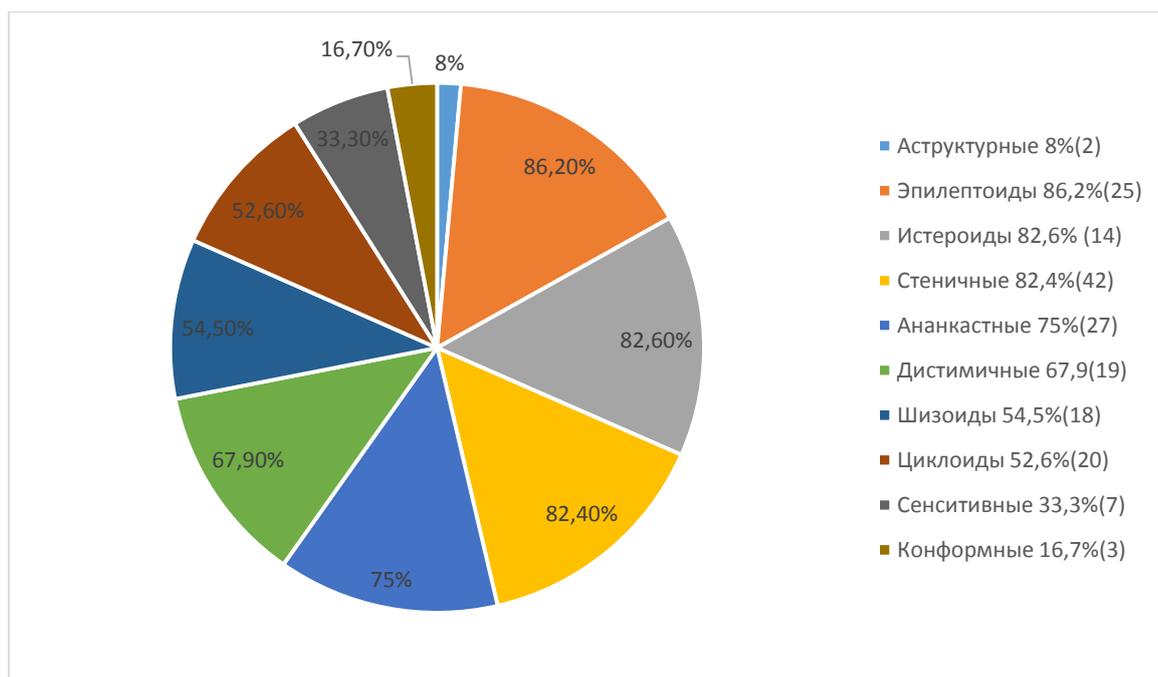
Как следует из диаграммы 2, высокий процент (84%, n=21) наследственной отягощенности алкоголизмом отмечается в группе аструктурных, в 51% (n=26) случаев присутствует в группе стеничных и в

33,3% (n=6) - у *конформных*. Среди представителей других групп семейная отягощенность алкоголизмом представлена практически равномерно.

Подавляющее большинство больных *основной группы (алк. × аку.)* получили высшее – 61,9% (n=192) и средне-специальное – 35,2% (n=109) образование. Работали в сфере обслуживания 67,4% (n=209), при этом занимали ведущие и руководящие посты, являлись квалифицированными сотрудниками. По профессиональному статусу большинство выборки составили служащие частных – 39% (n=121) и государственных – 29,3% (n=91) предприятий. Среди них врачи, юристы, научные сотрудники – кандидаты технических, экономических, химических наук, специалисты компьютерных технологий, экономисты, бухгалтера, инженеры-строители и т.д. Около 12,2% (n=38) работающих являлись сотрудниками административного звена – руководителями, коммерческими и финансовыми директорами частных предприятий, менеджерами высшего уровня.

Диаграмма 3.

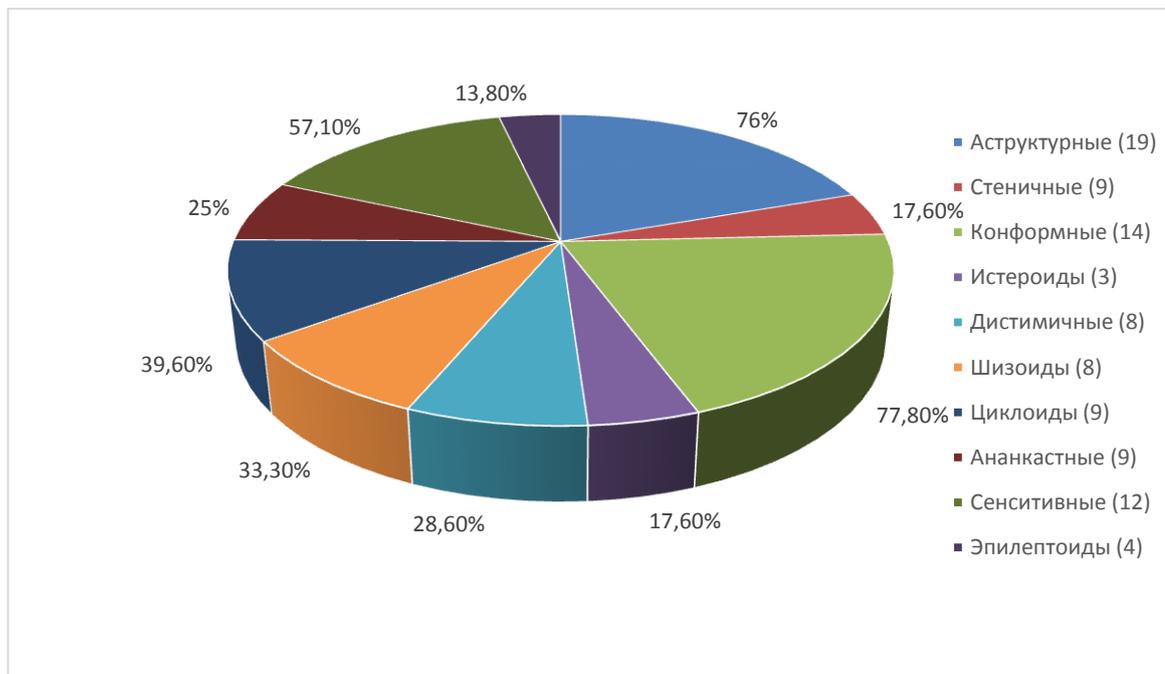
Уровень высшего и неполного высшего образования у больных с различными характерологическими акцентуациями *основной (алк. × аку.) группы*.



Как следует из диаграммы 3, в *основной (алк.×акц.) группе* больных, страдающих алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, преобладают лица с высшим (или неполным высшим) образованием. В большинстве случаев оно встречалось у эпилептоидов - 86,2% (n=25), истероидов – 82,6% (n=14), стеничных – 82,4% (n=42), ананкастных – 75% (n=27), дистимичных – 67,9% (n=19), шизоидов – 54,5% (n=18), циклоидов – 52,6% (n=20).

Диаграмма 4.

Уровень средне-специального образования у больных с различными характерологическими акцентуациями основной (*алк.×акц.*) группы.

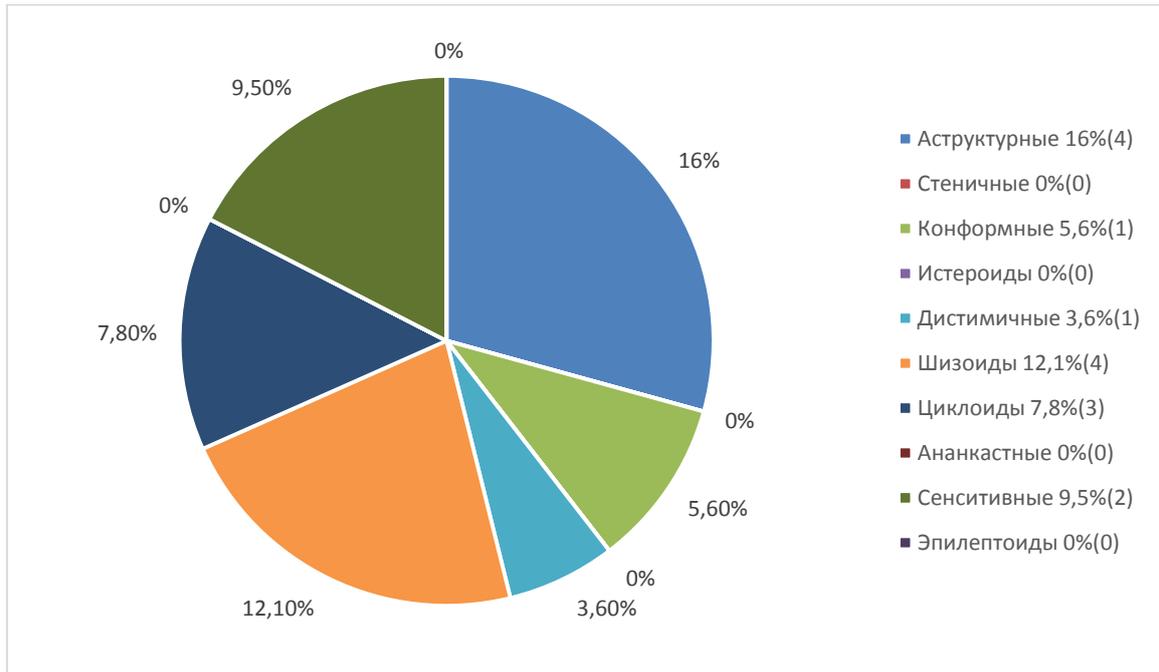


На основании диаграммы 4 можно сделать вывод, что полученное средне-специальное образование встречается, в основном, среди лиц с конформными чертами характера – у 77,8% (n=14), у аструктурных – в 76% (n=19) и у сенситивных – в 57,1% (n=12).

В исследуемой группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера встречались лица только со средним образованием. Данные представлены в диаграмме 5.

Диаграмма 5.

Уровень среднего образования у больных с различными характерологическими акцентуациями основной (алк. × акц.) группы.



Все обследованные больные получили среднее образование. Однако, достаточно большой процент лиц, где оно было единственным, встречался у аструктурных (16%; n=4), а также у шизоидов (6,1%; n=2) и сенситивных (5,7%; n=2).

Квалифицированные рабочие составляли 17,1% (n=53) выборки, из них рабочие государственных предприятий – 62,3% (n=33), рабочие частных предприятий – 37,7% (n=20), пенсионеры - 8,4% (n=26). Среди них встречались авиатехники, строители, кровельщики, сборщики мебели, газосварщики, электромонтеры, слесари-сантехники ЖКХ, средний медицинский персонал и т.д.

В целом оценка уровня социально-трудоустройственной адаптации (СТА) проводилась на основании квантификационной шкалы, разработанной группой сотрудников Московского НИИ психиатрии (А.Г.Гофман, Е.Н.Крылов, А.Ю.Магалиф, В.Л.Минутко, Л.Н.Виноградова), в которой рассматриваются три наиболее важных сферы отношений: семейно-бытовой, трудовой и социальной.

При оценке признаков адаптации учитывались исходный уровень адаптации (до начала злоупотребления алкоголем), поведенческие особенности в преморбиде и личностные преморбидные особенности. К высокому уровню социальной адаптации были отнесены не только лица, имеющие высшее образование, далеко продвинувшиеся по служебной лестнице, занимающие ответственные и руководящие посты с высоким уровнем заработной платы и являющиеся идеальными семьянинами. К этой категории причислялись и лица, не получившие формально средне-специального образования, но имеющие длительный, непрерывный трудовой стаж с профессиональным ростом. Они пользовались уважением коллектива и администрации, у них отсутствовали нарушения дисциплинарного характера, имелась семья и обнаруживалась заинтересованность в ее благополучии. Сведения об уровне СТА были получены в результате бесед с больными, их родственниками, женами, детьми, сослуживцами.

Показатели социальной адаптации у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера в основной (*алк. × акц.*) группе представлены в таблицах 3 и 4 (Приложение А).

Из таблицы 3 (Приложение А) следует, что в основной группе (*алк. × акц.*) преобладают пациенты со средним – 45,5% (n=141) и высоким – 38,4% (n=119) уровнем социальной адаптации.

Среди эпилептоидов (данные представлены в таблице 4, Приложение А) – 65,5% (n=19), стеничных – 56,9% (n=29), ананкастов – 55,6% (n=20) и истероидов – 52,9% (n=9) в незначительном большинстве преобладают лица с высоким уровнем социальной адаптации, а среди шизоидов – 48,5% (n=16), дистимичных – 67,9% (n=19), сенситивных – 77,1% (n=27) и конформных – 72,2% (n=13) лица со средним уровнем социальной адаптации. Деадаптация – 36,0% (n=9) и низкий уровень социальной адаптации – 28,0% (n=7) – характерны для аструктурных.

У 3,2% (n=10) больных имелась судимость, у 15,8% (n=49) обследованных отмечалось снижение квалификации за время болезни.

Количественная оценка уровня СТА по основным сферам представлена в таблице 5.

Таблица 5.

Уровень семейно-бытовой, социальной и трудовой адаптации у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера основной группы (*алк. × акц.*).

Уровень адаптации	Семейно-бытовая адаптация	Социальная адаптация	Трудовая адаптация
Адаптация не нарушена	44,5% (n=138)	80,3% (n=249)	71% (n=220)
Легкие проявления дезадаптации	49,6% (n=154)	8,7% (n=27)	15,8% (n=49)
Умеренные проявления дезадаптации	1,9% (n=6)	6,8% (n=21)	3,2% (n=10)
Выраженная дезадаптация	3,5% (n=11)	4,2% (n=13)	10,0% (n=31)

Как следует из таблицы 5, среди больных основной группы (*алк. × акц.*) преобладают пациенты с отсутствием дезадаптации в основных сферах трудовой и социальной жизни. Нарушения семейно-бытовых отношений в форме легких проявлений дезадаптации ограничивались этапом ситуационных семейных конфликтов с возникновением ссор, связанных со злоупотреблением алкоголем, и поведением в состоянии опьянения, а также формальным отношением к домашним обязанностям.

Большинство больных – 69,0% (n=214) во время обследования состояло в браке. Средний возраст вступления в брак больных настоящей выборки – 24,6±1,8 лет. В подавляющем большинстве случаев – 96,3% (n=206) – жены

пациентов не злоупотребляют алкоголем, а 2,3% (n=5) из них спиртное вообще не употребляют. Преобладающие отношения в семье – неровные и конфликтные (55,6%, n=119). Причем «свое пьянство» как причину разногласий в семье назвали 58,4% (n=125) больных, характеризующих семейные отношения как «неровные». Среди других причин сложных взаимоотношений встречались такие объяснения: «У жены свое виденье семьи», «Для неё большую роль имеют деньги», «Она ограничивает свободу». Все это позволяет высказать предположение, что конфликты, так или иначе, порождаются пьянством пациентов и последствиями, связанными с давней алкоголизацией супруга. Лишь 44,5% (n=95) пациентов выборки отметили отсутствие нарушения семейных взаимоотношений, что было подтверждено супругой.

Незначительные нарушения социальной адаптации укладывались в рамки снижения интереса к общественной жизни и ограничения социальных связей.

Сфера производственно-профессиональных отношений в преобладающем большинстве случаев характеризуется относительной стабильностью. К проявлениям легкой дезадаптации относились эпизодические нарушения трудовой дисциплины, связанные с приемом алкоголя: опоздание, приход на работу в состоянии легкого опьянения, либо с остаточными признаками алкогольной интоксикации. В части наблюдений отмечались непродолжительные периоды невыхода на работу в связи с усилением пьянства. Это объяснялось либо возможностью полного отсутствия на работе (руководящая должность), либо такой организацией рабочего дня, когда о прогуле знал лишь ограниченный круг лиц, а сама работа «могла подождать» и выполнялась в дополнительное внеурочное время.

Выраженная дезадаптация наблюдалась лишь у незначительного числа больных – 4,2% (n=13) и характеризовалась полным разрывом семейных

отношений или иждивенческим отношением к членам семьи, отсутствием контакта с детьми, запущенностью быта со стремлением продавать или выносить из дома ценные вещи, технику с целью продажи и получения денег на покупку спиртного. Показателями трудовой дезадаптации являлось увольнение с работы за нарушения трудовой дисциплины, уклонение от труда на протяжении нескольких месяцев и более, частые конфликты с администрацией и сотрудниками, сопровождавшиеся постоянной сменой работы, полная дисквалификация. Показателями социальной дезадаптации являлось полное равнодушие к жизни общества, абсолютная незанятость, стремление к времяпрепровождению в алкогольных компаниях, нарушение элементарных правил общежития. Асоциальные и изолированные от общества лица с проблемами в сфере административно-правовых отношений среди обследованных больных отсутствовали.

Интересным показателем явилась оценка больными своего социально-бытового окружения. «Трезвым» свое окружение назвали 40% (n=124) больных, остальные 60% (n=184) в 83,2% (n=153) случаев охарактеризовали «пьющими» сослуживцев, в 51,1% (n=94) случаев - родственников и в 50% (n=92) случаев - соседей.

Уровень образования и социальной адаптации у больных *контрольной группы II (алк. ×РЛ)* представлен в таблице 6 (Приложение А).

Большинство больных, страдающих алкогольной зависимостью и РЛ, получили высшее 27,6% (n=21) образование. Незаконченное высшее образование - у 11,8% (n=9). Однако, следует подчеркнуть, что многие, занимая ответственные должности (юристы-консультанты, врачи, системные администраторы), находятся под угрозой увольнения или сменили множество компаний, имея короткий стаж работы на одном месте. Достаточно часто имеются указания на длительные перерывы в работе или на работу на должности, не соответствующей уровню полученного образования. Неполное среднее образование 8-9 классов - у 15,8% (n=12) пациентов, 10-11 классов - у 13,2% (n=10) обследованных. Начальное профессиональное

образование получили 18,4% (n=14) пациентов, средне-специальное – 13,2% (n=10). Среди рабочих специальностей чаще встречались монтажники, строители, сборщики пластиковых окон, повара, менеджеры. Необходимо отметить, что среди них встречаются лица, неоднократно поступавшие в ВУЗы, но отчисленные либо за неуспеваемость, либо за грубое нарушение дисциплины, в т.ч. за драки. На момент обследования не работали 42,1% (n=32) пациентов сроком от 3 месяцев и до 5 лет. Чаще всего причиной этого являлось ежедневное пьянство, увольнение за прогулы, а также лишение водительских прав за управление транспортным средством в нетрезвом виде и невозможность дальнейшего трудоустройства. Среди работающего контингента 27,3% (n=12) находятся под угрозой увольнения и 36,4% (n=16) имеют временные заработки или постоянно меняют места службы. Преобладали пациенты с низким уровнем социальной адаптации - 31,6% (n=24). Деадаптация отмечена в 22,4% (n=17), что, в первую очередь, связано с патологическими реакциями, обусловленными личностными расстройствами. Средний уровень социальной адаптации отмечен в 26,3% (n=20) случаев. У 15,8% (n=12) в анамнезе имеются судимости, в т.ч. за драки с нанесением тяжких телесных повреждений, за ограбление с применением насилия, за пьянство за рулем, что повлекло за собой ДТП с человеческими жертвами, с условным сроком наказания и с отбыванием срока в местах лишения свободы. На троих больных со значительной давностью алкогольной зависимости и эксплозивными формами опьянения на момент обследования были заведены уголовные дела, они получили условный срок наказания. Большинство пациентов в исследуемой выборке состояли в браке - 51,3% (n=39). Однако, среди них 30,8% (n=12) были женаты повторно. На грани развода и с желанием разойтись по инициативе жены, что установлено в беседе с врачом, находились 43,6% (n=17) семей. Проживали в одиночестве или в семье родителей 48,7% (n=37) обследованных, из них 32,9% (n=25) находились в разводе, а 15,8% (n=12) оставались неженатыми и не состояли в браке ранее.

Основные анамнестические и клинико-психопатологические показатели в основной (алк.×акц.), контрольной I (алк.) и контрольной II (алк.×РЛ) группах больных представлены в таблице 7 (Приложение А).

Как следует из таблицы 7 (Приложение А), 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 группой (алк.×акц.) - $44,9 \pm 5,8$, что достигает степени достоверности различий ($p=0,008$).

Возраст пациентов основной группы (алк.×акц.) колеблется от 25 до 65 лет. Модальный класс представлен возрастом $M_o=44,9$ года ($M_i=44,9 \pm 5,8$ года).

Первое знакомство со спиртным происходило в возрасте 14-19 лет. Преобладающий возраст первого потребления - $16,4 \pm 0,9$ года. Трое из пациентов впервые попробовали алкоголь в 20 лет, один из них - в 25 лет.

Длительность заболевания, измеряемая с момента утраты количественного контроля, составляет $M_o=17,1$ года ($M_i=17,1 \pm 2,4$ года).

Длительность существования СОА измеряется сроком от 1 до 35 лет. Преобладают больные со сформированным синдромом отмены алкоголя на протяжении последних 8-13 лет. $M_o=10,9$ года ($M_i=10,9 \pm 2,7$ года). Средний возраст формирования СОА составляет $30,5 \pm 3,9$ лет.

Продолжительность последнего периода запойного потребления алкоголя колебалась от 2 до 30 дней. $M_o=8,1$ дня ($M_i=8,1 \pm 3,4$ дня). В 2,9% ($n=9$) пьянство носило постоянный (практически ежедневный) характер.

Индивидуальная доза употребляемого алкоголя колебалась от 0,3 до 1,5 литров водки в сутки. Среднестатистическая величина составляла $M_o=0,85$ литра ($M_i=0,85 \pm 0,2$ л).

Особенности основных анамнестических и клинико-патологических показателей в основной (алк.×акц.), контрольной I (алк.) и контрольной II (алк.×РЛ) группах больных представлены в таблице 8 (Приложение А).

Достоверных различий по возрастным и основным анамнестическим показателям формирования алкогольной зависимости в основной (алк.×акц.) и контрольной I (алк.) группах больных выявлено не было.

Другие результаты получены при сравнении больных контрольной I (алк.) и контрольной II (алк.×РЛ) групп. В первую очередь, следует отметить более молодой возраст больных контрольной II (алк.×РЛ) группы ($34,4 \pm 3,7$) по сравнению с возрастом как пациентов контрольной I (алк.) ($46,8 \pm 6,1$, $p=0,0049$), так и с основной (алк.×акц.) ($44,9 \pm 5,8$, $p=0,00024$) группы. Отмечено более раннее знакомство с алкоголем больных контрольной II (алк.×РЛ) группы ($14,4 \pm 1,2$) по сравнению, как с основной (алк.×акц.) ($16,4 \pm 0,9$, $p=0,0041$), так и с контрольной I (алк.) группами ($17,2 \pm 1,7$, $p=0,0016$), достигающее степени статистической достоверности.

Возраст начала систематической алкоголизации с постепенной утратой количественного контроля в контрольной II (алк.×РЛ) группе составляет $19,0 \pm 1,6$, т.е. достоверно более ранний, чем в основной группе (алк.×акц.) ($25,0 \pm 2,3$, $p=0,0023$) и контрольной I (алк.) ($28,6 \pm 3,3$, $p=0,0011$) группах больных. Соответственно, возраст формирования средней (второй) стадии алкоголизма, о чем свидетельствует появление соматоневрологических и психических симптомов СОА, также достоверно более ранний в контрольной II (алк.×РЛ) группе ($22,9 \pm 2,4$) больных, чем в основной (алк.×акц.) ($35,3 \pm 4,3$, $p=0,0033$) и контрольной I (алк.) ($35,6 \pm 3,8$, $p=0,0031$) группах.

Более половины больных – 63,5% ($n=197$) - поступали на лечение по инициативе семьи, 17,1% ($n=53$) - по совету и рекомендации одного из авторитетных людей, 14,5% ($n=45$) - «самостоятельно» и 7,4% ($n=23$) - по настоянию администрации учреждения. Об «осознании реальной алкогольной ситуации» заявляли 56,8% ($n=176$) больных.

Среди обследованных основной группы (алк.×акц.) первично на стационарное лечение поступило 54,5% (n=169) больных, повторно – 18,1 % (n=56). Неоднократно (более 2-х раз) обращались за стационарной помощью в различные наркологические и психиатрические учреждения 27,4% (n=85) больных. До обращения в институт получали амбулаторную помощь (без последующей госпитализации) в форме проведения опосредованных эмоционально-стрессовых методик, а также вызова врача-нарколога на дом с целью купирования запойных состояний, 38,4% (n=119) больных.

Терапевтические ремиссии до поступления в клинику отмечались в 59,0% (n=183) случаев и продолжались в среднем $2,1 \pm 0,5$ года (от 1 года до 13 лет). Спонтанные ремиссии были значительно короче и составляли в среднем $0,8 \pm 0,1$ года (от 0,5 до 1,3 года).

В контрольной II (алк.×РЛ) группе больных алкогольной зависимостью в сочетании с РЛ преобладал безремиссионный тип течения пьянства - 51,3% (n=39). Длительность терапевтических ремиссий в среднем 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 к различным ПАВ).

Отмечена многообразная структура сопутствующих алкогольной зависимости соматических заболеваний в основной группе (алк.×акц.) больных. Учитывались те болезни, клинические проявления которых возникали уже на фоне имеющихся начальных проявлений алкогольной зависимости и были связаны с последствиями пьянства. Достоверность наличия заболевания основывалась либо на имеющихся клинических проявлениях того или иного страдания, установленных специалистами с использованием дополнительных лабораторных исследований, либо на представленных медицинских документах о ранее проведенных обследованиях и лечении.

В таблице 9 представлены сопутствующие алкоголизму соматические и неврологические расстройства у пациентов основной группы.

Таблица 9.

Соматические и неврологические заболевания у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера основной группы (алк.×акц.).

	абс.	%
Заболевания сердца и сердечно-сосудистая патология		
1. ИБС, стенокардия напряжения	17	5,5
	2	0,6
2. Кардиосклероз	19	6,1
3. Кардиопатия	45	14,5
4. Миокардиодистрофия	39	12,6
4. Мерцательная аритмия	6	1,9
5. Гипертоническая болезнь I–II ст.	38	12,3
6. Артериальная гипертензия I–II ст.	134	43,2
7. Миокардит	2	0,6
Заболевания легочной системы		
1. Хр.бронхит (в т.ч.бронхит курильщика)	47	15,2
2. Хр.вазомоторный ринит	7	2,3
3. Бронхиальная астма	5	1,6
Заболевания пищеварительной системы		
1. Хр.гастрит	67	21,6
2. Хр.гастродуоденит	12	3,9
3. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	37	11,9
4. Язва пищевода	1	0,3
5. Хр.панкреатит	39	12,6
6. Алкогольная гепатопатия	213	68,7
7. Хр.холецистит, а также	18	5,8
Холецистэктомия	2	1,7
8. Гепатит «С»	4	1,3
Заболевания почек и мочевыводящей системы		
1. Хр.пиелонефрит	6	1,9
2. Мочекаменная болезнь	11	3,5
Болезни эндокринной системы		
1. Токсический зоб	5	1,6

2. Сахарный диабет	8	2,6
3. Ожирение I-II ст.	9	2,9
Заболевания суставов и опорно-двигательного аппарата		
1. Артروزы и артралгии	19	15,5
2. Остеохондроз	48	
Неврологические и психические нарушения		
1. ЧМТ (в анамнезе)	15	4,8
2. Судорожный синдром (в анамнезе)	4	1,3
3. Алкогольные психозы (в анамнезе)	10	3,2
а) алк.галлюциноз	4	
б) алк.делирий	1	
в) абортивный алк. делирий	5	

Как следует из таблицы 9, в подавляющем большинстве случаев алкогольная зависимость сопровождается наличием патологии сосудистой системы с формированием склонности к артериальной гипертензии (43,2%; n=134) и поражением печени, укладывающимся в рамки токсической гепатопатии (68,7%; n=213). Клинически фиксируется увеличение размеров печени, повышение лабораторных показателей AST, ALT, BILIRUBIN DIRECT и BILIRUBIN TOTAL, а также наличие диффузных изменений паренхимы, иногда признаков портальной гипертензии при УЗИ исследовании. Отмечено достаточно частое сочетание алкогольной зависимости с токсической миокардиодистрофией (12,6%; n=39), кардиопатией (14,5%; n=45), заболеваниями пищеварительной системы – хр.гастритом (21,6%; n=67), хр.панкреатитом (12,6%; n=39), язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (11,9%; n=37), а также с хр.бронхитом (15,2%; n=47).

Диагностика тех или иных заболеваний соматоневрологического спектра напрямую зависела от возраста больных и давности формирования алкогольной зависимости, а также наличия хронических состояний, диагностированных в детском и подростковом возрасте. Установлен более

старший возраст лиц со стеничными чертами характера. У них можно отметить более частое сочетание алкогольной зависимости с патологией сердечно-сосудистой системы - ИБС, мерцательной аритмией, гипертонической болезнью, артериальной гипертензией.

ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ АКЦЕНТУАЦИЯМИ ХАРАКТЕРА.

Анализ результатов проведенного исследования предполагал необходимость обратить особое внимание на особенности формирования алкогольной зависимости в *основной группе (алк.×акц.)* лиц с различными акцентуациями характера в сравнении с тем, что наблюдалось в *контрольной группе I (алк.)* и *контрольной группе II (алк.×РЛ)* лиц, страдающих личностными расстройствами.

Для выявления клинико-динамических особенностей формирования алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера, а именно возраста начала первых проб алкоголя, возраста начала систематической алкоголизации и возраста формирования синдрома отмены алкоголя (СОА), был проведен сравнительный анализ этих показателей у больных основной (алк.×акц.) группы в сопоставлении с аналогичными показателями у лиц (условно гармоничных) контрольной группы I (алк.) (данные представлены в таблице 10 Приложение Б).

Достоверных различий по возрастным и основным анамнестическим показателям формирования алкогольной зависимости между основной (алк.×акц.) и контрольной I (алк.) группой больных, в основном, выявлено не было, кроме показателей в группе лиц, отнесенных к *аструктурным, конформным и дистимичным*.

В первую очередь, следует подчеркнуть более старший возраст лиц со *стеническими* чертами характера – $49,8 \pm 7,8$ и более позднее, по сравнению с другими больными, формирование у них клинических проявлений алкогольной зависимости. Средний возраст начала систематического потребления спиртного у этой группы больных - $26,3 \pm 3,2$ года (средний показатель по сравнению со средним возрастом у ряда категорий пациентов),

				(годы)		(годы)			
(алк.)	140	46,8±6,1 (31-67)		17,2±1,7 (15-18)		28,6±3,3 (24-31)		35,6±3,8 (32-43)	
(алк. ×РЛ)	76	34,4±3,7 (24-45)	0,000	14,4±1,2 (10-17)	0,043	19,0±1,6 (14-25)	0,043	22,9±2,4 (16-31)	0,000

Следует отметить более раннее знакомство с алкоголем и последующее формирование зависимости у больных *контрольной II (алк.×РЛ) группы*, по сравнению, как с *основной (алк.×акц.)*, так и с *контрольной I (алк.) группами*. Возраст больных *контрольной II (алк.×РЛ)* составляет 34,4±3,7, он значительно моложе возраста больных как *контрольной I (46,8±6,1, p=0,000)*, так и *основной групп (44,9±5,8, p=0,009)*. Первое знакомство со спиртным у больных *контрольной группы II (алк.×РЛ.)* происходит в более раннем возрасте (14,4±1,2), чем у больных *основной группы (16,4±0,9 p=0,07)*, однако, различие не достигает степени статистической достоверности. Первое употребление алкоголя происходит раньше, чем в *контрольной группе I (17,2±1,7 p=0,048)*. Возраст начала систематической алкоголизации с постепенной утратой количественного контроля достоверно моложе в группе лиц, страдающих алкоголизмом с личностными и поведенческими расстройствами (19,0±1,6), чем в *контрольной I (28,6±3,3 p=0,043)* и *основной (25,0±2,3 p=0,047)* группах. Соответственно, возраст формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости, о чем свидетельствует появление соматоневрологических и психических симптомов СОА и переход на запойные или постоянные (ежедневные) формы потребления спиртных напитков, также достоверно более ранний в группе лиц с РЛ (22,9±2,4), чем в *контрольной I (35,6±3,8 p=0,000)* и *основной (35,3±4,3 p=0,000)* группах.

Таким образом, следует отметить молодой возраст лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в группе *аструктурных (34,6±4,8, p=0,000)* и *шизоидов (38,7±5,1, p=0,0441)*, а также больных с *личностными расстройствами (34,4±3,7, p=0,0002)*, раннее начало знакомства со спиртными напитками в группе *аструктурных (13,8±0,8, p=0,0084)* и больных с *патологическими личностными расстройствами (14,4±1,2,*

$p=0,0436$), систематической алкоголизации (*аструктурные* - $18,4\pm 1,5$, $p=0,0066$; *РЛ* - $19,0\pm 1,6$, $p=0,0436$) и возраст формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости (*аструктурные* - $22,2\pm 2,8$, $p=0,000$; *РЛ* - $22,9\pm 2,4$, $p=0,000$). Это свидетельствует о высокой прогрессивности и злокачественности течения алкогольной зависимости у данной категории больных.

Мотивации первого употребления спиртного были практически одинаковы во всех исследуемых группах лиц с различными характерологическими акцентуациями, в т.ч. и в *контрольной I (алк.)*. В подавляющем большинстве случаев больные называли традиционный, *ритуальный (традиционный) характер* (67,7%; $n=210$) 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%; $n=98$).

Однако, на этапе систематического злоупотребления спиртными напитками и сформированной средней (второй) стадии алкогольной зависимости помимо их перераспределения были зафиксированы некоторые различия в представленности показателей у представителей различных групп.

Особенности мотивации употребления алкоголя на различных этапах формирования алкоголизма у лиц с различными акцентуациями характера и в *контрольной группе I (алк.)* представлены в таблице 12 Приложение Б.

Преобладающей мотивацией употребления алкоголя (по классификации В.Ю. Завьялова, 1990) на этапе систематического злоупотребления алкоголем у лиц с различными акцентуациями характера является гедонистическая для *стеничных* ($\chi^2=8,21$ при $p=0,003$), *примитивных* ($\chi^2=4,39$ при $p=0,028$) и *конформных* ($\chi^2=2,77$ при $p=0,035$); атактичная - 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 $p<0,0001$).

На этапе систематического злоупотребления спиртными напитками половина больных помимо ритуального потребления спиртного и стремления испытать эйфорию во время алкогольного опьянения называли стремление к группированию, желание устранить с помощью алкоголя напряжение, повысить настроение, «расслабиться», в т.ч. изменить свое психическое состояние, со слов больных, «после стрессов и конфликтов». Мотивации были сочетающимися.

Выявлены статистически значимые различия мотиваций систематического потребления спиртного у лиц с различными характерологическими акцентуациями по сравнению с контрольной группой I (алк.).

Так, для больных алкогольной зависимостью со стеническими чертами менее значимой, чем в контрольной группе, оказалась мотивация стремления к опьянению как к состоянию повышенного настроения, эйфории (37,3%, (n=19), $p=0,026$), а также как стремление «расслабиться», устранить внутреннее напряжение и тревогу (11,8% (n=6), $p=0,006$). Полностью отрицалось употребление спиртного без видимых причин, просто из-за появления тяги к алкоголю. А вот мотивация необходимости изменения состояния «после стрессов» - «для разрядки», оказалась более значимой для этой группы больных (84,3% (n=43), $p=0,027$).

Для представителей *аструктурных* проблема свободного времени явилась статистически значимой мотивацией систематической алкоголизации с целью «убить время» и «стремление уйти от реальности»,

т.е. желание отстраниться от необходимости решения повседневных задач (52,0% (n=13), p=0,000).

Для *сенситивных* более значимой являлась мотивация изменения состояния с целью устранения напряжения, тревожности, робости, «желание расслабиться» (97,1% (n=34), p=0,047), а вот ритуальный характер пьянства явился менее значимым для них (42,9% (n=15), p=0,013), чем для представителей контрольной группы I (алк.). Также отрицался мотив употребления спиртного без видимых причин, просто из-за появления тяги к алкоголю.

Все, без исключения, *циклоиды* основной мотивацией систематической алкоголизации назвали стремление «расслабиться», устранить напряжение, тревожность, усталость (100% (n=38), p=0,048). Стремление изменить свое состояние «после стрессов и конфликтов», «для разрядки» также было более значимым, чем для больных контрольной группы (81,6% (n=31), p=0,049). Мотивация подражания сверстникам, видимо, как стремление самоутвердиться, поднять свой авторитет среди пьющих был статистически значимым фактором (31,6% (n=12), p=0,000) для *циклоидов*, в отличие от больных группы контроля, где этот фактор полностью отсутствовал. Высокая представленность мотивации «уход от реальности и проблем», преследующей цель «убить время» (71,1% (n=27), p=0,000) в сочетании с осознанием стремления к алкоголизации «из-за появления тяги к спиртному» (92,1% (n=35), p=0,003), в сравнении с представителями контрольной группы I (алк.), скорее, свидетельствует о большей критичности «циклоидов» к своему состоянию, а также, об их большей откровенности. Эти мотивы у представителей других групп, в большинстве случаев, становятся доминирующими на этапе средней (второй) стадии алкогольной зависимости.

У *шизоидов*, в отличие от контрольной группы I (алк.), мотивация ритуального употребления спиртного была явно не выражена на этапе систематического пьянства (27,3% (n=9), p=0,014). Преобладающим являлось стремление изменить свое психическое состояние с устранением тревоги,

напряжения, усталости, с желанием «расслабиться» (100% (n=38), p=0,048), а также, мотивация подражания окружению с целью «найти общий язык с коллективом» (100% (n=33), p=0,000). Весомым являлось стремление достичь комфортного самочувствия «после стрессов и конфликтов», «для разрядки» (81,8% (n=27), p=0,045) и «желание забыться» на время, как способ «ухода от реальности и проблем» (45,5% (n=15), p=0,000). Полностью отрицалось употребление алкоголя «без видимых причин», просто «из-за появления тяги к спиртному» (p=0,000).

Ананкастные демонстрировали относительную независимость систематической алкоголизации от наличия праздников, сложившихся традиций и ритуалов (41,7% (n=15), p=0,037), а также стремлений к группированию и подражанию пьющей среде (11,1% (n=4), p=0,001). Мотивация «ухода от реальности» и «текущих проблем» была весомой (27,8% (n=10), p=0,000) вместе с остальными преобладающими мотивациями контрольной группы I (алк.).

По сравнению с контрольной группой I (алк.) у *эпилептоидов* значимой мотивацией систематического пьянства оказалось стремление к самоутверждению, подражанию «пьющему окружению» (51,7% (n=15), p=0,000), преследующее цель «убить время», «уйти от реальности и проблем» (6,9% (n=2), p=0,00).

Для *конформных* особо значимыми являлись мотивации самоутверждения, подражания пьющей среде («пил как все»), (55,6% (n=10), p=0,000), ими также не скрывалась цель «убить время», «уйти от проблем и реальности» (66,7% (n=12), p=0,000). Все пациенты сообщали, что систематическая алкоголизация преследовала цель изменения психического состояния со стремлением «расслабиться», устранить внутреннее напряжение и «усталость» (100% (n=18), p=0,043); некоторые признавали, что пили без видимых причин, «просто из-за появления тяги к спиртному» (50,0% (n=9), p=0,017).

У *истероидов* был явно выражен мотив подражания окружающей среде, самоутверждения с доминированием (82,4%, (n=14), p=0,000). В отличие от представителей других групп на этапе систематической алкоголизации «истероиды» категорически отрицали употребление спиртного «без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному».

Достаточно интересным (взаимоисключающим), по сравнению с контрольной группой I (алк.), является доминирование мотивации «самоутверждение, подражание окружающим» у *дистимичных* (25,0% (n=7), p=0,000) со снижением значимости мотива «облегчение контактов», «стремление к группированию» (53,6% (n=15), p=0,045) на этапе систематического пьянства. Не исключено, что это связано с неплохим самоотчетом больных этой группы и пониманием, что для облегчения контактов с окружающими (в пьющей среде) им необходима определенная стимуляция (за счет снижения общего тонуса, обусловленного акцентуацией). В то же время у части представителей этой группы отсутствует потребность в группировании и общении.

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).

Практически все больные отмечали, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления. Также сообщали о развязности и дурашливости, в редких случаях - о раздражительности и обидчивости - представители отдельных групп.

По мере развития заболевания отмечены изменения характера опьянения у представителей всех групп больных на этапе средней (второй) стадии алкогольной зависимости. При сохранении кратковременной начальной фазы эйфории в случае повышения дозы выпитого алкоголя и перехода к средней фазе опьянения возникали такие особенности как

выраженная седация, дисфория с раздражительностью и агрессивными (неадекватными) формами поведения, а также дурашливость, обидчивость с подозрительностью и стремление остаться в одиночестве.

Сравнение особенностей опьянения больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* с особенностями опьянения у лиц с различными акцентуациями характера было проведено с помощью критерия χ^2 Пирсона. Данные представлены в таблице 13 Приложение Б.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкоголизмом в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *стеничные*, значимые различия были выявлены только по частоте встречаемости формы опьянения «дурашливое» ($\chi^2=5,29$ при $p=0,022$), т.е. данная форма опьянения чаще всего встречается у респондентов *контрольной группы I (алк.)*, по сравнению с респондентами из группы *стеничные*.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкоголизмом в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *аструктурные*, значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения, как «дисфория» ($\chi^2=13,79$ при $p<0,0001$), «дисфория с раздражением» ($\chi^2=13,31$ при $p<0,0001$), «дисфория с агрессией» ($\chi^2=9,29$ при $p=0,002$), «седативное» ($\chi^2=5,51$ при $p=0,019$), «депрессивное» ($\chi^2=16,61$ при $p<0,0001$), «с замкнутостью» ($\chi^2=7,34$ при $p=0,007$). Таким образом, описанные формы опьянения чаще всего встречаются у респондентов из группы *аструктурные*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *циклоиды*, значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения как «эйфория» ($\chi^2=7,08$ при $p=0,008$) и «депрессивное» ($\chi^2=11,67, p=0,001$), т.е. такая форма опьянения, как депрессия, чаще всего встречается у респондентов из группы *циклоиды*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*, а эйфория – у респондентов *контрольной группы I (алк.)*.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *шизоиды*, значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения как «дисфория с агрессией» ($\chi^2=8,78$ при $p=0,003$), «дурашливое» ($\chi^2=4,02$ при $p=0,045$), «депрессивное» ($\chi^2=10,17$ при $p=0,001$), «с замкнутостью» ($\chi^2=17,77$ при $p<0,0001$), «с обидчивостью» ($\chi^2=7,05$ при $p=0,008$). Таким образом, описанные формы опьянения чаще всего встречается у респондентов из группы *шизоиды*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *эпилептоиды*, значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения как «эйфория» ($\chi^2=24,3$ при $p<0,0001$), «дисфория» ($\chi^2=4,6$ при $p=0,035$), «дисфория с агрессией» ($\chi^2=13,72$ при $p<0,0001$), «дурашливое» ($\chi^2=6,68$ при $p=0,01$), «депрессивное» ($\chi^2=11,9$ при $p=0,001$), «с замкнутостью» ($\chi^2=11,9$ при $p=0,001$), «с обидчивостью» ($\chi^2=3,99$ при $p=0,046$). Таким образом, такие формы опьянения, как дисфория, дисфория с агрессией, депрессивное, с замкнутостью и с обидчивостью, чаще всего встречаются у респондентов из группы *эпилептоиды*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*, у которых чаще встречаются формы опьянения по типу «эйфория» и «дурашливое».

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *дистимичные*, значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения как «седативное» ($\chi^2=11,02$ при $p=0,001$), «дурашливое» ($\chi^2=23,12$ при $p<0,0001$), «депрессивное» ($\chi^2=8,29$ при $p=0,004$), «с замкнутостью» ($\chi^2=12,42$ при $p<0,0001$). Таким образом, такие формы опьянения, как седативное, депрессивное, с замкнутостью, чаще всего встречаются у респондентов из группы *дистимичные*, по сравнению с

респондентами из *контрольной группы I (алк.)*, у которых чаще встречаются форма опьянения по типу дурашливое.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *сенситивные*, значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения как «эйфория» ($\chi^2=48,66$ при $p<0,0001$), «дисфория» ($\chi^2=8,58$ при $p=0,003$), «дисфория с раздражительностью» ($\chi^2=8,39$ при $p=0,004$), «дурашливое» ($\chi^2=11,78$ при $p=0,001$), «депрессия с замкнутостью» ($\chi^2=4,74$ при $p=0,01$). Таким образом, опьянение с выраженной эйфорией, дисфорией, дисфорией с раздражительностью, дурашливостью чаще всего встречается у респондентов из *контрольной группы I (алк.)*, по сравнению с респондентами из группы *сенситивные*, у которых чаще встречаются формы опьянения по типу депрессивного с замкнутостью.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *ананкастные* значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения, как «дисфория» ($\chi^2=17,86$ при $p<0,0001$), «дисфория с раздражительностью» ($\chi^2=20,63$ при $p<0,0001$), «дисфория с агрессией» ($\chi^2=4,66$ при $p=0,031$). Таким образом, такие формы опьянения как дисфория, дисфория с раздражительностью и агрессией, чаще всего встречаются у респондентов из группы *ананкастные*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*.

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *истероиды* значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм как «эйфория» ($\chi^2=6,1$ при $p=0,01$) и «депрессия с обидчивостью» ($\chi^2=16,38$ при $p<0,0001$). Таким образом, форма опьянения с обидчивостью чаще всего встречается у респондентов из группы *истероиды*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*, у которых чаще встречается форма опьянения по типу «эйфория».

При сравнении особенностей опьянения у больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе I (алк.)* и у больных из группы *конформные* значимые различия были выявлены по частоте встречаемости таких форм опьянения, как «эйфория» ($\chi^2=28,33$ при $p<0,0001$), «дисфория с агрессией» ($\chi^2=4,94$ при $p=0,026$), «депрессивное» ($\chi^2=7,95$ при $p=0,005$) и «депрессивное с замкнутостью» ($\chi^2=5,14$ при $p=0,023$). Таким образом, такие формы опьянения как дисфория с агрессией, депрессивное, депрессивное с замкнутостью, чаще всего встречаются у респондентов из группы *конформные*, по сравнению с респондентами из *контрольной группы I (алк.)*, у которых чаще встречается форма опьянения по типу «эйфория».

Таким образом, отмечено, что дисфория в опьянении 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 $p=0,031$)), *дистимичные* (дисфория с раздражительностью ($\chi^2=8,74$ при $p=0,003$)).

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 у больных *контрольной группы I (алк.)* чаще встречаются у *истероидов* (депрессивное с обидчивостью ($\chi^2=16,38$ при $p<0,0001$)), у *дистимичных* (депрессивное с замкнутостью ($\chi^2=12,42$ при $p<0,0001$)), у *шизоидов* (депрессивное с замкнутостью ($\chi^2=17,77$ при $p<0,0001$), депрессивное с обидчивостью ($\chi^2=7,05$ при $p=0,008$)), у *сенситивных* (депрессивное с

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

Следует подчеркнуть, что у представителей групп «*эпилептоиды*» ($\chi^2=24,3$ при $p<0,0001$), «*сенситивные*» ($\chi^2=48,66$ при $p<0,0001$), «*истероиды*» ($\chi^2=6,1$ при $p=0,01$) и «*конформные*» ($\chi^2=28,33$ при $p<0,0001$), по сравнению с *контролем I (алк.)*, отмечена со статистически достоверной разницей меньшая представленность эйфории в опьянении. У *сенситивных* ($\chi^2=11,78$ 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 контролем значительно реже отмечались в опьянении черты дурашливости.

3.1. Особенности клинических психопатологических нарушений у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера.

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. Полученные результаты показателей по шкалам и интегративным показателям сопоставлялись с нормативными данными, полученными сотрудниками Лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России (Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., 2003).

Симптоматический опросник (SCL-90) создан L.Derogatis et al. в 1973 г. на основе Hopkins Symptom Checklist (HSCL) – методики, ведущей свою историю от Cornell Medical Index (Wider, 1948), которая, в свою очередь, опиралась на «Шкалу дискомфорта», разработанную Parloff с соавторами

(1953). SCL-90-R – методика, предназначенная для определения текущего статуса. Инструкция к самой методике и ее внутренняя суть предполагают *изучение степени дискомфорта*, причиняемого теми или иными симптомами, вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности. Методика подвергалась усовершенствованию, стандартизации с последующей адаптацией, валидизацией, созданием нормативного ряда (Н.В.Тарабарина, 2001).

Шкала самоотчета SCL-90-R – это симптоматический опросный лист, включающий 9 шкал: соматизации (SOM), обсессивно-компульсивных нарушений (OC), интерперсональной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревоги (ANX), враждебности (HOS), фобической тревоги (PHOB), параноидного мышления (PAR), психотизма (PSY). Шкала состоит из 90 вопросов (пунктов), каждый из которых оценивается по пятибалльной системе.

Помимо визуальной клинической оценки исследователем сомато-неврологического и психического статуса больных алкогольной зависимостью с различными характерологическими акцентуациями на этапе ремиссии, предрецидива и в структуре СОА с целью объективизации и проведения сравнительного анализа имеющихся нарушений была использована шкала самоотчета SCL-90-R. Полученные данные приведены в таблице 14.

Таблица 14.

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

Шкалы	СОА	Ремиссия	р	Пред-рецидив	р	Контроль	р
SOM	0,98±0,24	0,29±0,09	0,003	0,29±0,07	0,29±0,09	0,42±0,18	0,0154
OC	0,83±0,11	0,26±0,13	0,012	0,32±0,12	0,043	0,37±0,15	0,0347

INT	0,67±0,21	0,30±0,22	0,046	0,31±0,21	0,038	0,47±0,26	0,0579
DEP	1,28±0,12	0,23±0,21	0,001	0,36±0,11	0,002	0,39±0,27	0,0016
ANX	0,96±0,18	0,22±0,07	0,009	0,49±0,05	0,025	0,31±0,25	0,0034
HOS	0,37±0,09	0,21±0,02	0,295	0,46±0,10	0,034	0,38±0,14	0,9856
PHOB	0,39±0,12**	0,09±0,01	0,002	0,12±0,03	0,004	0,14±0,12	0,0314
PAR	0,37±0,14	0,23±0,11	0,274	0,30±0,12	0,798	0,31±0,11	0,8632
PSY	0,30±0,08	0,12±0,03	0,007	0,11±0,01	0,009	0,14±0,09	0,0442
Индекс GSI	0,78±0,13	0,21±0,15	0,021	0,25±0,12	0,023	0,32±0,17	0,0256

Использование шкалы самоотчета SCL-90-R позволило выявить особенности аффективной составляющей в структуре СОА у лиц, страдающих алкогольной зависимостью в сочетании с различными акцентуациями характера.

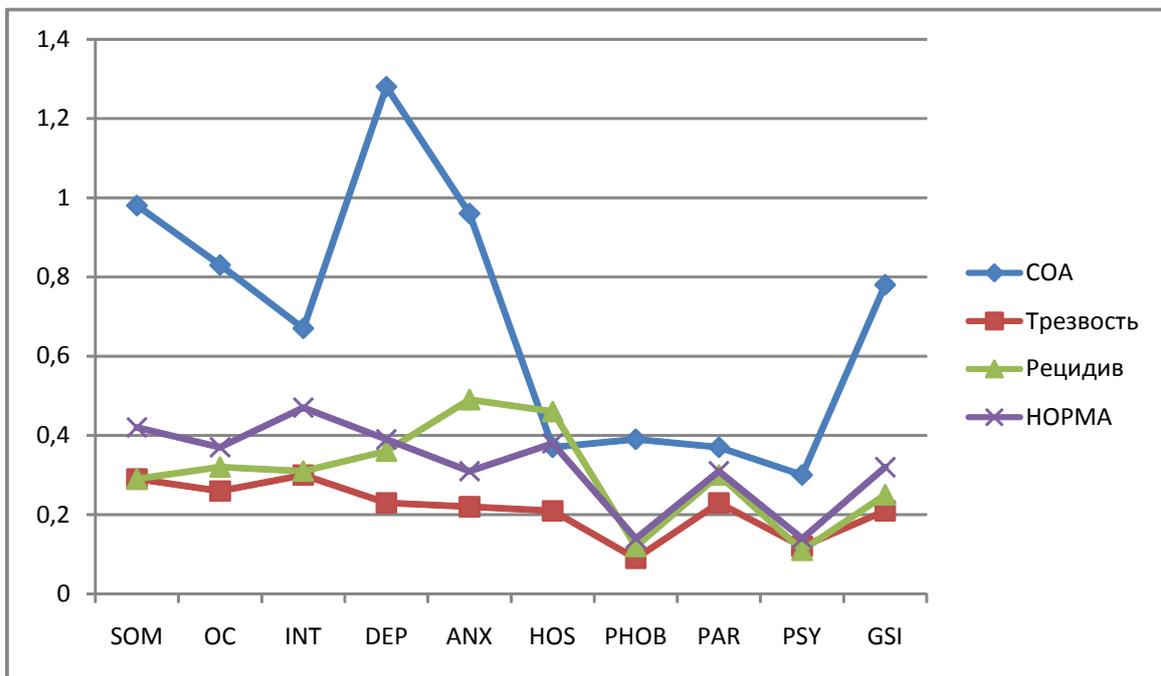
У больных алкогольной зависимостью в структуре синдрома отмены алкоголя всегда присутствует комплекс соматоневрологических и психических расстройств, рассматриваемых как постинтоксикационные нарушения. Как следует из таблицы 14, установлены достоверные различия как по сравнению с нормативными данными у здоровых испытуемых, по шкалам SOM (0,42±0,18, p=0,0154), ОС (0,37±0,15, p=0,0347), DEP (1,39±0,27, p=0,0016), ANX (0,31±0,25, p=0,0034), PHOB (0,14±0,12, p=0,0314), PSY (0,14±0,09, p=0,0442) и показателями индекса GSI (0,32±0,17, p=0,0256), так и с состоянием трезвости больных, страдающих алкогольной зависимостью, по шкалам SOM (0,29±0,09, p=0,003), ОС (0,26±0,13, p=0,012), INT (0,30±0,22, p=0,046), DEP (0,23±0,21, p=0,001), ANX (0,22±0,07, p=0,009), PHOB (0,09±0,01, p=0,002), PSY (0,12±0,03, p=0,007) и показателями индекса GSI (0,21±0,15, p=0,021).

Средние показатели по всем шкалам SCL-90-R на этапе ремиссии, предрецидива и изменений в структуре СОА у больных алкогольной

зависимостью с различными акцентуациями характера и нормативные данные представлены на графике 1.

График 1.

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



В отличие от классических расстройств аффективного спектра, регистрируемых шкалой SCL-90-R в общесоматической и психиатрической практике, у больных алкоголизмом отмечены некоторые частные особенности выявленных нарушений. Так, например, основные жалобы, предъявляемые пациентами в период СОА, по шкале *OC* (обсессивно-компульсивных нарушений) не были представлены классическими навязчивыми (обсессивными), тягостными мыслями и образными представлениями, имеющими чуждый для больного характер, с бессмысленным или непристойным содержанием в сочетании с

компульсивными действиями и ритуалами. В большинстве случаев на фоне выраженного соматоневрологического неблагополучия повторяющиеся мысли были связаны с представлениями о спиртном и желанием «опохмелиться» с целью временного облегчения самочувствия. Наблюдались также постоянно возникающие, носящие депрессивный оттенок, раздумья о том «зачем опять напился» и необходимости окончательно бросить пить. В состоянии предрецидива также нередко возникали постоянные, неотвязные мысли и представления о спиртном, отражающие наличие выраженного влечения к опьянению. Трудности сосредоточения внимания и принятия быстрого решения, необходимость делать все медленно, чтобы не допустить ошибки, не являлись отражением глубины депрессивной заторможенности. Эти нарушения носили кратковременный, быстропреходящий характер и укладывались в рамки идеаторных нарушений в структуре похмельного синдрома. Полученные результаты соответствуют данным отечественных исследователей (Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1983; Гофман А.Г., 1985; Альтшулер В.Б., 1994; Соловьева, 1989; Крылов Е.Н., 2000).

При проведении исследования с использованием шкалы *PSY* (психотизма) положительные ответы касались тягостного для больных ощущения одиночества, с нежеланием делиться с окружающими своими переживаниями и мыслями о том, что они должны быть наказаны за свои «грехи» (в основном, за употребление спиртного и связанного с этим совершения неблагоприятных поступков в состоянии алкогольного опьянения). Шкала фиксировала тяжесть депрессивных переживаний во время синдрома отмены алкоголя, а не наличие галлюцинаторной, псевдогаллюцинаторной или бредовой симптоматики.

Индекс GSI являлся показателем текущего состояния и дополнительно учитывал такие нарушения как расстройства сна, аппетита и наличие чувства вины.

Различий в показателях в состоянии трезвости и предрецидива, по сравнению с нормативными данными, выявлено не было. Однако, если сравнить результаты показателей по всем шкалам во время трезвости и предрецидива, то прослеживается определенная *закономерность изменения общего самочувствия больных в сторону ухудшения в преддверии «срыва», достигающая уровня статистической значимости по отдельным позициям.* Особое внимание обращают на себя показатели по шкалам ANX (тревоги) и NOS (агрессивности, враждебности), где изменения фиксируются на уровне статистически достоверных различий. Причем, по *шкале NOS (агрессивности) статистически достоверный результат обнаруживается между показателями состояния трезвости и предрецидива ($0,37 \pm 0,09$ и $0,46 \pm 0,1$; $p=0,034$), хотя по сравнению с нормативными данными достоверных различий нет.* Незадолго до «срыва» (за исключением случаев, связанных с внезапным «вынужденным» ситуационным потреблением) больные отмечают появление мыслей и чувств, связанных с проявлениями негативного аффективного состояния - раздражительности, порой, злобности и недовольства собой и окружающими. Многие больные алкоголизмом в преддверии возобновления потребления спиртного отмечают нарастающую нервозность, иногда внутреннюю дрожь, легко возникающие досаду и раздражение. Часто возникает недовольство другими, ощущение напряженности или взвинченности, нарастающее беспокойство по различным поводам и без повода, порой с неусидчивостью, появляющимся исподволь чувством вины, а порой и собственной никчемности («все, что я ни делаю, не имеет смысла»). Вместе с тем, отсутствуют такие проявления, как стремление причинять телесные повреждения или вред кому-либо с импульсивным желанием ломать или крушить что-нибудь. Многие подчеркивают, что появляются признаки подавленного настроения, некой «хандры», повышенной утомляемости и нарастающего чувства усталости. Это возвращает их к мыслям о спиртном, как к средству, наиболее быстро и легко устраняющему субъективно тягостное состояние.

Пациенты, отличающиеся хорошим самоанализом, «срыв» объясняют изменяющимся состоянием, «накоплением напряжения», что может быть напрямую связано с личностными особенностями, в т.ч. с повышенным самоконтролем, стремлением довести все до идеала. Других преследует желание быть более раскованным, более раскрепощенным, что в жизни является залогом успеха, но подавляется правилами поведения, усвоенными в процессе воспитания. Это приводит к нарастающему «чувству досады» и, как следствие, к общей «неудовлетворенности». Все эти изменения состояния фиксируются в т.ч. *шкалой тревожности (ANX) и, в преддверии рецидива*, были выявлены статистически достоверные показатели ($0,22\pm 0,07$ и $0,49\pm 0,05$; $p=0,009$) по сравнению с показателями в состоянии трезвости у больных, страдающих алкогольной зависимостью. Шкала выявляет появляющуюся в этот период психическую напряженность, нарастающую тревожность с актуализацией определенных опасений и страхов. Спиртное быстро и эффективно устраняет дискомфорт, дает «ощущение ритма жизни», или, наоборот, помогает успокоиться, что подтверждает наличие механизма компенсации.

Затем следует этап принятия решения относительно начала употребления спиртного с опорой на определенные представления, оправдывающие пациента и создающие «разрешительную» позицию. Непосредственно за несколько часов до начала рецидива настроение со знаком «минус» меняется на «жирный плюс». Со слов пациентов, в этом состоянии наблюдается резкое оживление, активизация деятельности, подъем настроения, «полет мысли и фантазии». Появляются ощущения скорого праздника, «внутренней свободы», приятной напряженности и взвинченности, «сладкой, как перед встречей с девушкой» и мысли, что «осталось потерпеть чуть-чуть и все будет хорошо».

С целью выявления особенностей психического статуса на этапе ремиссии и предрецидива у больных алкогольной зависимостью с различными характерологическими акцентуациями был использован

сравнительный анализ изменения состояния больных в сопоставлении с нормативными данными (полученными сотрудниками Лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России). Результаты представлены в таблице 15 Приложения Б.

Как следует из таблицы 15 (Приложение Б), у всех пациентов, страдающих алкогольной зависимостью и обнаруживающих акцентуированные характерологические особенности, в состоянии предрецидива меняется психическое состояние. Изменения часто достигают степени достоверности по тем или иным показателям, регистрируемым шкалой SCL-90-R.

Только показатели по шкале соматизации (SOM) сохраняют стабильность, что позволяет лишней раз констатировать отсутствие «эндогенности» при изменении соматоневрологического состояния у больных с акцентуациями характера.

Так, у *циклоидов* ($0,32 \pm 0,11$, $p=0,00033$), *шизоидов* ($1,14 \pm 0,21$, $p=0,00096$), *сенситивных* ($1,99 \pm 0,19$, $p=0,03274$), *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)*. 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 *сенситивными* ($0,83 \pm 0,13$, $p=0,00146$), *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 во времени 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, отсутствии 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 непроизвольный, 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 алкогольной зависимостью 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.

Тяжесть синдрома отмены алкоголя, характеризующегося комплексом соматоневрологических и психических нарушений и развивающегося после прекращения потребления спиртного на средней (второй) стадии алкогольной зависимости в течение первых суток воздержания от спиртного, также регистрировалась шкалой SCL-90-R. Сравнительное исследование с использованием шкалы самоотчета SCL-90-R было проведено с целью регистрации особенностей, в первую очередь, психического состояния на этапе СОА у представителей различных типов акцентуации характера. Полученные данные представлены в таблице 16 Приложения Б.

В зависимости от характерологических особенностей больных алкоголизмом имеются некоторые различия изменения психического состояния в период СОА, достигающие степени статистической значимости.

В первые сутки СОА регистрируются статистически достоверные изменения показателей практически по всем шкалам SCL-90-R, кроме шкал НОС и PSY у больных алкоголизмом со *стеничными* чертами характера. Аналогичная картина, кроме показателей по шкале РНОВ, отмечена у циклоидов. У *дистимичных* отсутствуют статистически достоверные показатели изменения состояния только по шкалам РНОВ и PAR, у *аструктурных* - по шкалам PAR и DEP. У сенситивных не выявлено достоверных изменений показателей по шкалам OS, НОС, PAR и PSY. Показатели шкалы межличностной чувствительности (INT) у данной категории лиц отражают более тягостное состояние, достигающее степени достоверных различий по сравнению с состоянием контрольной группы (лица, не злоупотребляющие алкоголем). У *конформных* достоверно не меняются показатели, фиксируемые шкалами OS, НОС и PAR.

У *шизоидов* наиболее чувствительны в период СОА изменения показателей по шкалам OC ($1,1 \pm 0,1$; $p=0,000$), INT ($0,99 \pm 0,18$; $p=0,000$), DEP ($1,08 \pm 0,41$; $p=0,000$), PAR ($0,97 \pm 0,21$; $p=0,048$), РНОВ ($0,71 \pm 0,25$; $p=0,001$) и PSY ($0,45 \pm 0,1$; $p=0,000$), у *эпилептоидов* – по шкалам DEP ($0,38 \pm 0,2$; $p=0,032$), ANX ($0,6 \pm 0,1$; $p=0,021$) и НОС ($0,93 \pm 0,1$; $p=0,034$). Лица с *ананкастными* чертами характера реагируют выраженными изменениями показателей по шкалам DEP ($1,09 \pm 0,19$; $p=0,001$), ANX ($2,1 \pm 0,48$; $p=0,000$) и PSY ($0,5 \pm 0,14$; $p=0,000$), а лица с *истероидными* особенностями - по шкалам DEP ($1,28 \pm 0,13$; $p=0,024$), ANX ($1,3 \pm 0,12$; $p=0,002$) и РНОВ ($1,24 \pm 0,13$; $p=0,000$).

Клинический анализ особенностей формирования терапевтических ремиссий у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, наступающих в результате специальной противоалкогольной терапии, позволил сделать вывод о том, что длительность ремиссий определяет не принадлежность к тому или иному

типу акцентуации, а совсем другие параметры. Среди больных, принадлежавших к различным видам акцентуаций, встречались лица с указаниями в анамнезе на формирование ремиссий различной длительности примерно в равной пропорции.

Одной из особенностей течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера следует отметить преобладающий ремиссионный тип течения заболевания. Авторы, которые занимались изучением проблемы ремиссий и рецидивов при алкоголизме (Стрельчук И.В., 1973; Александрова Н.В., 1985; Альтшулер В.Б., 1994; Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г. М. и др., 1999; Крупицкий Е.М., 2003; Шевцов А.В., 2004; Меликсетян А.С., 2011; Schuckit M.A., Irwin M., 1988; Rohsenov D. J., 1999; De Bruij C., van den Brink W., de Graaf R., Vollebergh W.A., 2006) среди факторов, способствующих наступлению рецидива, выделяют биологические, личностные и социальные. К биологическим следует отнести любые проявления патологического влечения к спиртному, а также аффективные нарушения различной этиологии. К личностным факторам, препятствующим наступлению ремиссии относят полную или частичную анозогнозию, чувство ущербности, обусловленное необходимостью вести трезвый образ жизни в сочетании с социальными установками, согласно которым отказ от потребления спиртного нередко рассматривается как признак физической или социальной неполноценности.

На основании клинических наблюдений можно сделать вывод о том, что не тип акцентуации, а, в большей степени личностная и социальная сохранность больных способствуют возникновению длительной ремиссии. Тем не менее, с помощью сравнительного анализа коротких и длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера с использованием непараметрического критерий χ^2 Пирсона выявлены наиболее значимые переменные, которые способствовали рецидиву алкогольной болезни.

Результаты сравнения исследуемых переменных в двух группах больных с различными акцентуациями характера - с короткими и длинными ремиссиями - отражены в таблице 17 Приложения Б.

В результате проведенного сравнительного анализа с использованием непараметрического критерий χ^2 Пирсона (как следует из таблицы 17 Приложения Б) было установлено, что больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера имеющие указания в анамнезе на тенденцию к формированию коротких и длинных ремиссий, различаются по наличию ряда показателей: личностных изменений ($\chi^2 = 92,72$ при $p < 0,0001$), алкогольной анозогнозии ($\chi^2 = 13,25$ при $p < 0,0001$), ПВА (патологического влечения к алкоголю) на фоне усталости ($\chi^2 = 14,11$ при $p < 0,0001$), постоянного ПВА ($\chi^2 = 32,3$ при $p < 0,0001$), возможности устранения ПВА путем насыщения пищей ($\chi^2 = 68,01$ при $p < 0,0001$) и отвлечения на хобби ($\chi^2 = 34,31$ при $p < 0,0001$), ответственности перед семьей и профессией ($\chi^2 = 25,14$ при $p < 0,0001$), окончания срока суггестивной установки ($\chi^2 = 132,05$ при $p < 0,0001$), наличию алкогольной ситуации ($\chi^2 = 15,17$ при $p < 0,0001$), желанию испытать опьянение ($\chi^2 = 4,11$ при $p = 0,043$), ощущению общего дискомфорта, внутреннего напряжения ($\chi^2 = 16,07$ при $p < 0,0001$), употребления алкоголя в небольшой дозе ($\chi^2 = 4,7$ при $p = 0,03$), наличию психологического дискомфорта («белая ворона») ($\chi^2 = 6,03$ при $p = 0,014$), вида собутыльников, разговоров о спиртном ($\chi^2 = 61,25$ при $p < 0,0001$), традиционного употребления алкоголя (праздники) ($\chi^2 = 22,14$ при $p < 0,0001$), ПВА на фоне голода ($\chi^2 = 24,92$ при $p < 0,0001$), суггестивного внушения, в результате проведения противоалкогольной терапии ($\chi^2 = 26,56$ при $p < 0,0001$).

Проведенный статистический анализ показывает, что у пациентов с короткими ремиссиями со статистически достоверной разницей значительно чаще наблюдается наличие личностных изменений, в т.ч. алкогольная анозогнозия. У них чаще в период ремиссии присутствует постоянное влечение к алкоголю, влечение на фоне усталости и голода, ощущение

общего дискомфорта, внутреннего напряжения, психологического дискомфорта («белая ворона»). Формированию длительной ремиссии препятствует легко возникающее влечение к алкоголю со стремлением испытать опьянение в любой алкогольной ситуации, при виде собутыльников и в результате разговоров о спиртном, а также в ситуациях традиционного употребления спиртного (праздники, значимые даты и события).

У пациентов с длительными ремиссиями рецидивы алкоголизма чаще определяют окончание оговоренных сроков воздержания от алкоголя в результате проведенных опосредованных эмоционально-стрессовых процедур и возможность относительно контролируемого приема небольших доз алкоголя в определенных ситуациях с дальнейшим обострением первичного и вторичного патологического влечения к алкоголю. Сдерживающим фактором, способствующим длительной ремиссии у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, является ответственность перед семьей и профессиональная занятость, отсутствие патологического влечения к алкоголю после терапевтического вмешательства с применением методов суггестивного внушения. Первичное патологическое влечение к алкоголю в этой группе больных чаще не выражено, а если и обостряется под влиянием тех или иных факторов, легко преодолевается насыщением пищей или переключением на другие виды деятельности (хобби). Полученные данные соответствуют представлениям отечественных авторов, занимавшихся аналогичными исследованиями (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).

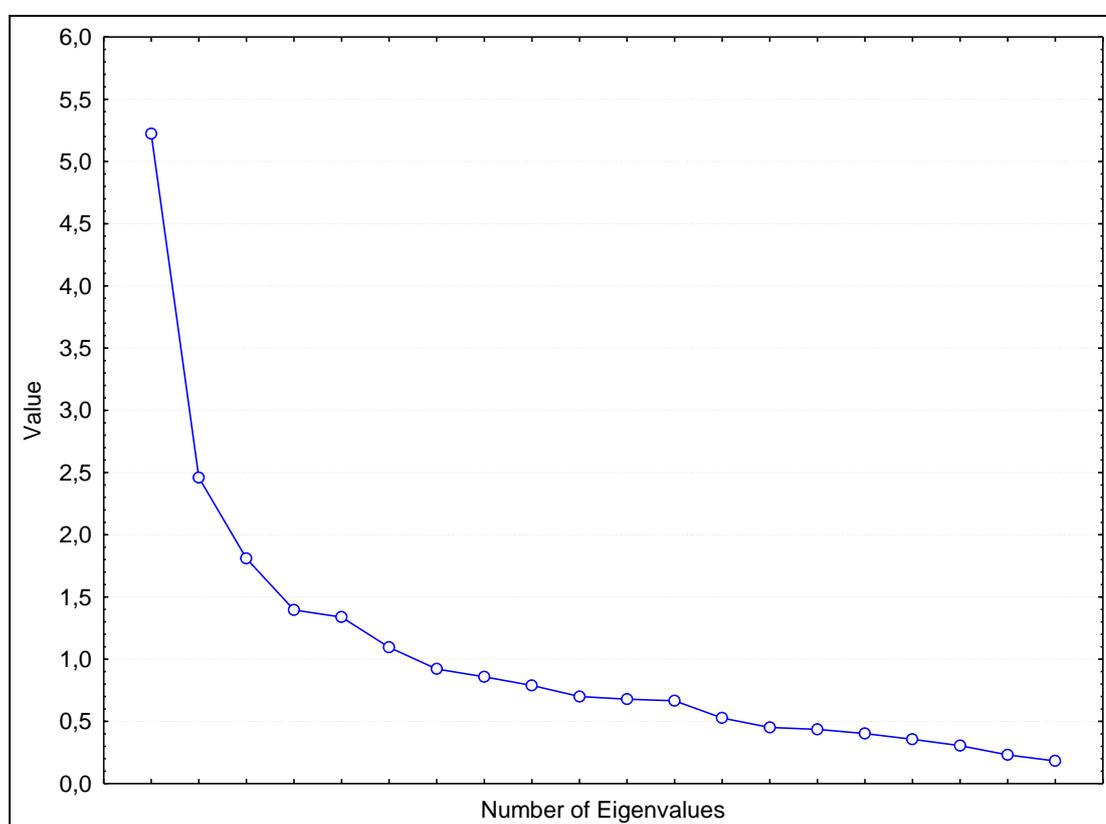
С целью определения наиболее весомых переменных, влияющих на наступление рецидива алкоголизации на фоне сформированной ремиссии, был проведен факторный анализ с использованием метода главных компонент для извлечения факторов и варимакс вращения.

Вначале была проведена оценка количества наиболее важных факторов (из числа заложенных в матрицу), оказывающих влияние на рецидив заболевания с помощью метода Кайзера, которые в дальнейшем использовались для интерпретации результатов.

Графическое распределение собственных значений факторов методом «каменистой осыпи» представлено на Рисунке 2.

Рисунок 2.

Распределение собственных значений факторов, влияющих на рецидив алкогольной зависимости у больных с различными акцентуациями характера методом «каменистой осыпи».



В результате анализа собственных значений, основываясь на методе Кайзера, было отобрано 6 наиболее важных факторов (из числа заложенных в матрицу), оказывающих влияние на рецидив алкогольной болезни в группе лиц с различными акцентуациями характера. Метод Кайзера состоит в том, что возможен отбор только факторов с собственными значениями большими 1 (единицы). Если фактор не выделяет дисперсию, эквивалентную, по крайне

мере, дисперсии одной переменной, то он не принимается в дальнейший анализ. Собственные значения выделенных факторов представлены в таблице 18.

Таблица 18.

Собственные значения при определении количества факторов.

Фактор	Eigenvalue	% Total	Cumulative, %
1	5,22	24,86	24,86
2	2,46	11,71	36,57
3	1,81	8,61	45,19
4	1,40	6,64	51,83
5	1,34	6,37	58,20
6	1,10	5,21	63,42

Было установлено, что выбранные факторы имеют достаточно высокий накопленный (кумулятивный) компонент дисперсии (63,42), что указывает на хорошую описательную способность выбранной модели факторов.

Результаты факторного анализа из числа заложенных переменных, влияющих на рецидив алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера, представлены в таблице 19.

Таблица 19

Результаты факторного анализа из числа заложенных переменных, влияющих на рецидив алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера.

Переменные	Факторы					
	1	2	3	4	5	6
личностные изменения	0,80*	0,24	0,09	0,22	0,04	0,16
алкогольная анозогнозия	0,08	0,72*	-0,14	0,20	-0,32	-0,08
влечение на фоне усталости	0,24	0,47	0,25	0,31	0,07	0,17
постоянное влечение к спиртному	0,55	-0,11	-0,11	0,48	0,04	0,09
влечение эпизодическое	-0,12	0,79*	0,29	-0,05	0,22	-0,02
влечение на фоне голода	0,24	0,76*	0,07	0,09	0,16	-0,03
желание испытать опьянение	0,07	0,45	-0,29	0,17	0,61	0,06

насыщение пищей	-0,69	0,10	-0,03	0,05	-0,04	0,39
отвлечение на хобби	-0,71	-0,23	0,00	0,07	-0,07	-0,02
ответственность перед семьей и профессией	-0,59	0,15	0,13	-0,18	-0,19	0,20
окончание условного срока суггестивного вмешательства	-0,72*	-0,17	-0,20	-0,13	0,11	0,25
алкогольная ситуация	0,26	0,39	-0,42	0,34	0,37	0,12
психотравмирующая ситуация	-0,01	0,13	0,77*	-0,13	0,14	0,04
конфликтные ситуации	0,11	0,05	0,71*	0,15	-0,02	0,09
ощущение общего дискомфорта, внутреннего напряжения	0,02	0,39	0,39	0,19	0,30	-0,19
беспричинные изменения психического состояния	0,01	0,11	0,02	0,73*	0,08	-0,11
употребление алкоголя в небольшой дозе	-0,09	0,00	-0,27	0,01	-0,85*	-0,01
психологический дискомфорт ("белая ворона")	0,28	0,08	0,05	0,72*	0,01	0,28
вид собутыльников, разговоры о спиртном	0,63	0,20	0,07	0,44	0,01	0,28
традиционное потребление (праздники)	0,09	0,20	-0,01	0,62	-0,02	-0,35
суггестивное внушение	-0,13	-0,04	0,07	-0,04	0,03	-0,77*

Примечание: * отмечены факторные нагрузки тех переменных, которые вошли в определенный фактор.

В связи с тем, что факторные нагрузки свыше 0,7 считаются наиболее значимыми, было принято решение оставить в факторе только те переменные, у которых факторные нагрузки были 0,7 и выше.

Первый фактор (F 1) имеет наибольший вес и наибольшую информативность (24,86%). Исходя из матрицы факторных нагрузок, в первый фактор вошли переменные «личностные изменения» (0,8), «окончание условного срока суггестивного вмешательства» (-0,72). Таким образом, данный фактор состоит из усиления частоты личностных изменений на фоне снижения частоты встречаемости окончания условного срока суггестивного вмешательства. Наличие личностных изменений препятствует формированию длительных ремиссий и способствует возникновению рецидивов алкогольной зависимости раньше окончания условно-оговоренных сроков воздержания при суггестивных методах терапевтического вмешательства.

Во второй фактор (F 2) вошли такие переменные, как «алкогольная анозогнозия» (0,72), «влечение на фоне голода» (0,76), и «влечение эпизодическое» (0,79). Таким образом, данный фактор состоит из усиления частоты встречаемости алкогольной анозогнозии, влечения на фоне голода и влечения эпизодического. Следовательно, рецидивы алкогольной болезни во многом определяет наличие алкогольной анозогнозии у лиц с различными акцентуациями характера. Возникновению «срывов» способствует эпизодически возникающее патологическое влечение к алкоголю, в том числе на фоне голода. Скорее, это свидетельствует о наличии у таких больных «неполной ремиссии» (Гофман А.Г. и др., 1991)

В третий фактор (F 3), способствующий рецидиву, вошли такие переменные, как «психотравмирующая ситуация» (0,77) и «конфликтные ситуации» (0,71). Таким образом, данный фактор состоит из усиления частоты встречаемости психотравмирующей и конфликтной ситуации. Следовательно, у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера достаточно часто рецидив заболевания обусловлен изменением состояния на фоне различных конфликтных и психотравмирующих ситуаций.

В четвертый фактор (F 4) вошли такие переменные, как «беспричинные изменения психического состояния» (0,73), «психологический дискомфорт ("белая ворона")» (0,72). Таким образом, данный фактор состоит из усиления частоты встречаемости беспричинных изменений психического состояния и наличия психологического дискомфорта. Следовательно, возникновению рецидивов алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера способствуют как биологические факторы (изменение состояния, связанное с обострением патологического влечения к алкоголю), так и психологический дискомфорт, связанный с необходимостью сохранять трезвость в ситуациях, где принято употребление спиртного (ощущение «белой вороны»).

В пятый фактор (F 5) вошла такая переменная, как «употребление алкоголя в небольшой дозе» (-0,85). Таким образом, данный фактор состоит из снижения частоты встречаемости употребления алкоголя в небольшой дозе. Следовательно, рецидивы алкоголизма определяет невозможность употребления алкоголя в небольших дозировках, что приводит к формированию периодов запойного потребления спиртного.

В шестой фактор (F 6) вошел показатель «суггестивное внушение» (-0,77). Таким образом, данный фактор состоит из снижения частоты встречаемости случаев суггестивного вмешательства. Из этого следует, что рецидивам алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера препятствует наличие проведенной терапии методом суггестивного внушения (методов опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии).

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что для больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера с указаниями в анамнезе на наличие длительных ремиссий характерны следующие особенности: 1) отсутствие специфических личностных изменений по токсическому или сосудистому типу, 2) отсутствие алкогольной анозогнозии, 3) принадлежность ремиссии к типу «полной» или «интермиссии» (Гофман А. Г. с соавт., 1991), 4) формирование ремиссии в результате проведения специальной противоалкогольной терапии, в т.ч с применением рациональной психотерапии и суггестивных методов опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии, 5) относительный характер утраты количественного контроля при сохранности ситуационного контроля, 6) невыраженность первичного патологического влечения и преимущественно экзогенный тип его актуализации.

Для большинства больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера характерно ремиссионное течение алкогольной зависимости по *ремиттирующему* или *регрессиентному* типу течения (Энтин

Г.М., 1979; Кузнецов О. Н., Александрова Н.В., 1981; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994; Tuchfeld B.S., 1981; Baisch G., Bartmann Ul., 1988).

У больных, страдающих алкогольной зависимостью и обнаруживающих различные характерологические акцентуации по данным стационарного обследования, в результате хронической алкогольной интоксикации возникает ряд психических нарушений:

а) заострение преморбидных черт характера параллельно увеличению длительности систематической алкогольной интоксикации (39,7%; n=123);

б) появление новых патологических изменений в структуре личности (психопатизация), связанных с изменением психической реактивности и утяжеляющимся морально-этическим снижением (21,6%; n=67);

в) появление органических личностных изменений (психоорганического синдрома) с тем или иным уровнем интеллектуально-мнестических расстройств и с отсутствием или значительным снижением критики к состоянию (38,7%; n=120).

3.2. Особенности ценностно-смысловых установок у лиц с различными акцентуациями характера с высоким и средним уровнем социальной адаптации, страдающих алкогольной зависимостью по результатам психологического тестирования.

Метод психологического тестирования включал в себя использование нескольких тестов (тест «Смысложизненные Ориентации», тест «Уровень Субъективного Контроля», тест Шварца), позволяющих, предположительно, выявить наиболее характерные особенности личностного реагирования на различные ситуации, субъективную оценку своего «Я» и своего состояния, а также ценностно-смысловые ориентации больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера. Одновременно предпринималась попытка критической оценки данных, которые представили родственники больных.

С целью проведения психологического тестирования (тест «СЖО» и тест «УСК») была взята выборка из лиц, страдающих алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера (*алк.×акц.*) в количестве 75 человек. Часть больных, взятых в исследование, прошли полное курсовое лечение (21 день) и на момент исследования их статус расценивался как начало становления терапевтической ремиссии (n=62), другие поступали в отделение на этапе ремиссионного течения алкогольной зависимости с целью получения поддерживающей лечебно-реабилитационной помощи (n=13). Этим больным отличало наличие критики к своему состоянию, принятие позиции невозможности контролируемого потребления алкоголя, установка на полную трезвость, отсутствие клинических признаков личностного снижения. По данным анамнеза, алкогольная зависимость у больных, согласившихся участвовать в тестировании, имела ремиссионное течение и не привела к снижению социально-бытовой адаптации.

Психологическому тестированию подверглась также *контрольная группа III 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.

Тест смысложизненных ориентаций («СЖО») является русскоязычной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life, PИL) Дж.Крамбо и Л.Махолика (1981). Д.А.Леонтьев с соавт. (1993) на основании специальных исследований адаптированной версии преобразовали тест осмысленности жизни в тест смысложизненных ориентаций, включающий, наряду с общим показателем осмысленности жизни, также пять субшкал, отражающих три конкретных смысложизненных ориентации (цель в жизни, или насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией; процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; результативность жизни или удовлетворенность самореализацией) и два

аспекта локуса контроля (локус контроля-Я - «Я – хозяин жизни»; локус контроля – Жизнь или управляемость жизни).

Результаты тестирования представленных групп приведены в таблице 20 и отражены в диаграмме 6.

Таблица 20.

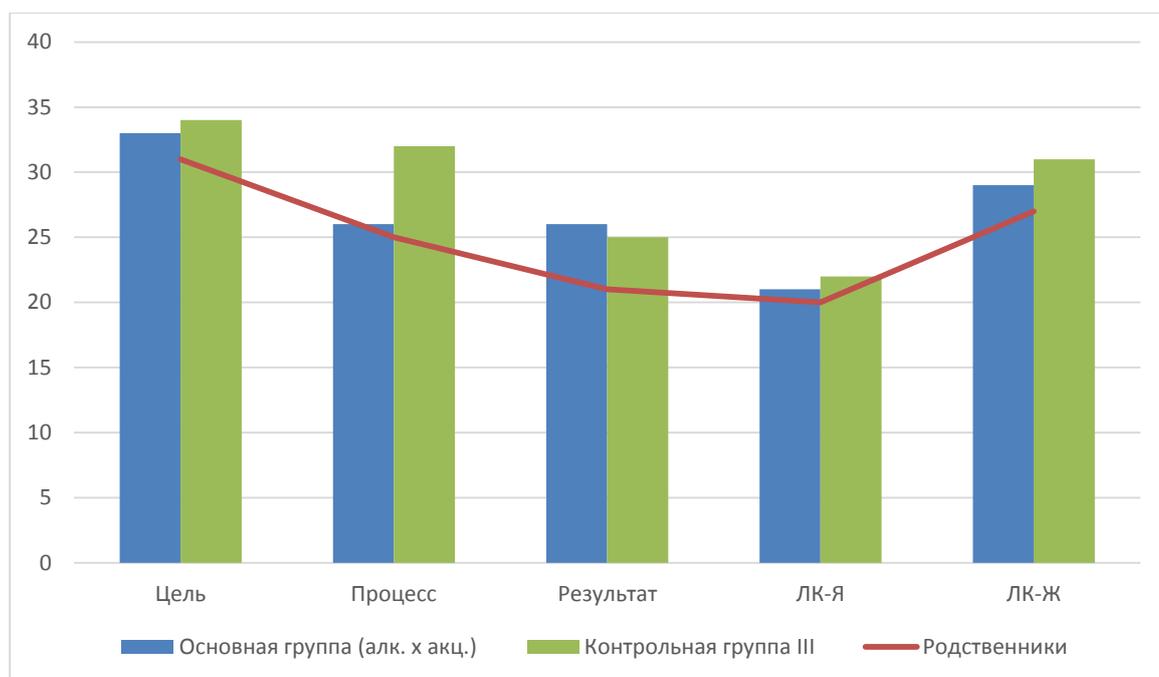
Результаты теста «СЖО» у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера основной группы (алк.×акц.) и в контрольной группе III здоровых лиц .

«СЖО»	Среднее значение СЖО (медиана)	р-значение
	Цель	
Основная гр. (алк. ×акц.)	33,03±6,74	0,082
Родственники	31,22±5,22	
Основная гр. (алк. ×акц.)	33,03±6,74	0,234
Контрольная гр. III	34,45±5,87	
	Процесс	
Основная гр. (алк. ×акц.)	26,3±6,94	0,256
Родственники	25,15±8,06	
Основная гр. (алк. ×акц.)	26,3±4,98	0,026
Контрольная гр. III	31,92±5,32	
	Результат	
Основная гр. (алк. ×акц.)	25,81±6,22	0,038
Родственники	21,35±6,28	
Основная гр. (алк. ×акц.)	25,81±6,22	0,946
Контрольная гр. III	25,3±4,45	
	ЛК-Я	
Основная гр. (алк. ×акц.)	20,79±5,42	0,830
Родственники	19,77± 5,24	
Основная гр. (алк. ×акц.)	20,79±5,42	0,327

Контрольная гр. III	21,5±4,81	
Основная гр. (алк. × акц.) Родственники	ЛК-Ж	
	29,22±7,18	0,662
Основная гр. (алк. × акц.) Контрольная гр. III	29,22±7,18	0,847
	31,13±5,22	

Диаграмма 6.

Результаты теста «СЖО» у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера: основная группа (алк.×акц.) и контрольная группа III здоровых лиц.



Статистически достоверная разница показателей основной группы (алк.×акц.) обнаруживается только за счет низких показателей (26,3±4,98) по шкале «процесс жизни» (интерес и эмоциональная насыщенность жизни) в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера по сравнению с контрольной группой III (31,92±5,32) здоровых лиц, поэтому можно сделать вывод о наличии

признаков неудовлетворенности больными своей жизнью в настоящем ($p=0,026$). Часто встречались высказывания о том, что жизнь кажется совершенно спокойной и рутинной, каждый день похожим на все другие. Отдельные пациенты (14%, $n=7$) затруднялись сказать, сложилась ли их жизнь так, как они мечтали, или нет. Однако, в подавляющем большинстве случаев (64%, $n=32$) неудовлетворенность своей жизнью в настоящем больные алкогольной зависимостью связывали с последствиями употребления спиртного. Хотя это и не привело к дезадаптивным последствиям, тем не менее, критично оценивая сложившуюся ситуацию, многие из них сообщали, это «в моменты запоев» они оказываются «выброшенными из жизни», что приводит к необходимости «наверстывать упущенное». Это повышало уровень тревожности у пациентов, что приводило к осознанию снижения качества жизни. Т.е. личностная сохранность определяла принятие решения в отношении жизненных приоритетов и сохранении абсолютной трезвости.

Статистически достоверные различия ($p=0,038$) обнаруживаются и по шкале «результат» между показателями в основной группе (алк.×акц.) – $25,81\pm 6,22$ и группе родственников ($21,35\pm 6,28$). Эта шкала отражает оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Полученные результаты могут быть связаны с несогласием родственников, их неудовлетворенностью прожитым отрезком жизни своих близких-аддиктов. Они выражают не просто недовольство уже пройденным путем их зависимыми родственниками, а, скорее, несогласие с нормами, которые приняты обществом, т.е. с распространенной традицией выпивать по разным поводам, обставлять различные мероприятия употреблением алкоголя.

В остальном средние значения показателей в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и контрольной

группы III (здоровые лица, не страдающие какими-либо видами зависимостей) оказались схожими. Результаты исследования в группе родственников немного отличаются от результатов в основной (алк.×акц.) и контрольной III группах. Можно предположить, что больные алкоголизмом оценивают свою жизнь наравне с лицами в группе контроля, а родственники склонны принижать субъективные оценки аддиктов.

Данные по основным показателям шкал теста «СЖО» у представителей различных типов акцентуаций отражены в таблице 21.

Таблица 21.

Показатели теста «СЖО» у больных алкоголизмом с различными видами акцентуации характера.

	Цель	Процес	Резуль	ЛК-Я	ЛК-Ж	ОЖ
		с	т.			
Контр.гр. III	32,5±5, 8	31,9±5, 3	25,3±4, 5	21,5±4, 8	31,1±5, 2	115,1±15, 1
Стеничные	36,8±4, 7	35,8±5, 1	29,3±3, 8	22,7±3, 7	32,4±4, 7	153,4±13, 2
Сензитивн ые	24,3±2, 7	23,8±3, 2	23,8±3, 9	14,0±2, 1	24,0±2, 9	108,8±7,9
Шизоиды - а)сензитив. б)стенич.	17,4±2, 4	22,6±3, 8	19,3±2, 8	16,5±2, 9	23,3±2, 7	97,4±13,2 141,8±10, 5
Циклоиды- а) гипотим. б)гипертим	33,2±3, 9	31,6±3, 7	28,4±4, 7	20,3±3, 8	32,4±4, 7	
	24,5±3, 3	23,5±3, 1	20,5±2, 9	17,8±3, 9	21,3±4, 4	107,5±10, 9
	39,3±5, 3	38,6±3, 3	33,7±2, 2	25,4±2, 2	35,8±3, 3	165,7±12, 2

	1	5	8	9	1	8
Эпилептоиды	39,1±4,6	36,7±3,7	31,6±3,3	26,8±3,1	34,3±4,5	169,3±11,8
Аструктурные	25,3±2,4	27,7±4,4	22,1±2,9	13,7±3,6	19,3±3,3	106,1±9,8
Ананкастные	27,8±5,4	26,1±2,2	23,8±3,9	17,5±3,2	21,5±3,9	119,3±11,8
Конформные	30,5±4,6	29,5±3,9	25,5±4,1	19,8±3,7	27,1±4,1	132,3±11,9
Дистимичные	30,8±3,9	25,3±1,4	21,4±3,1	16,5±2,3	23,6±2,6	116,5±5,8
Истероидные	37,1±4,3	33,5±4,1	28,7±3,8	24,6±4,1	34,6±4,4	125,8±10,3

Сензитивные шизоиды и гипотимные циклоиды демонстрируют статистически достоверное снижение по всем показателям шкал, из чего следует вывод о наличии признаков неудовлетворенности своей жизнью, как в настоящем, так и прожитой ее частью. Присутствует убежденность в том, что жизнь человека не подвластна сознательному контролю, отсутствует вера в способность контролировать события собственной жизни. Это порождает ощущение отсутствия перспектив в будущем, которые придают жизни осмысленность и определенную направленность. Схожая картина наблюдается и у аддиктов с сенситивной акцентуацией, но в отличие от шизоидов по шкале результативность жизни отмечены достаточно высокие показатели. Это отражает оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным характеризуют человека, у которого все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни.

Ананкасты ($26,1 \pm 2,2$) и *дистимичные* ($25,3 \pm 1,4$) обнаруживают статистически достоверные признаки неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, а также экстернальный локус контроля-Я ($17,5 \pm 3,2$ и $16,5 \pm 2,3$ соотв.) и локус контроля-жизнь ($21,5 \pm 3,9$ и $23,6 \pm 2,6$ соотв.), т.е. фатализм, когда присутствует убежденность неподвластности жизни сознательному контролю, неверие в собственные силы.

У *аструктурных* отмечены низкие баллы по шкале цель в жизни ($25,3 \pm 2,4$), а также по шкалам локус контроль-Я ($13,7 \pm 3,6$) и локус контроль-жизнь ($19,3 \pm 3,3$), что характеризует их как людей, живущих в основном сегодняшним днем и мало способных повлиять на то, что с ними происходит. В беседах это подтверждалось высказываниями о том, что бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Аддикты *стеничного* склада, *конформные*, *истероидные*, а в особенности лица с *эпилептоидными* чертами характера, демонстрируют высокие баллы по всем шкалам теста, что характеризует их как людей целеустремленных, жизнь которых в настоящем наполнена смыслом и есть удовлетворенность самореализацией. У них сложилось представление о себе как о достаточно сильной личности, обладающей свободой выбора, возможностью построить жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле, а также убеждение в том, что человеку дана способность контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

В целом, больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, прошедшие экспериментально-психологическое обследование продемонстрировали достаточно высокие баллы по всем шкалам теста. Это характеризует их как людей целеустремленных, жизнь которых наполнена смыслом и есть удовлетворенность самореализацией. У них сложилось представление о себе как о достаточно сильной личности, обладающей свободой выбора, возможностью построить жизнь в

соответствии со своими целями и представлениями о смысле, а также убеждение в том, что человеку дана возможность свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Опросник уровня субъективного контроля» (тест «УСК») позволил оценить сформированный у испытуемых уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями. Опросник создан в 1984 г. Е.Ф.Бажиным, Е.А.Голынкиной и А.М.Эткингом на основе шкалы locus контроля (locus of control scale) Дж.Роттера (1966). Данная экспериментально-психологическая методика позволяет судить о сформированности ценностно-смысловой сферы, помогает выявить степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события. В методике представлен как показатель общей интернальности (Ио), так и по шести различным сферам жизни – в области достижений (Ид), в области неудач (Ин), в семейных отношениях (Ис), в области производственных отношений (Ип), в области межличностных отношений (Им) и в отношении здоровья и болезни (Из).

Таблица 22.

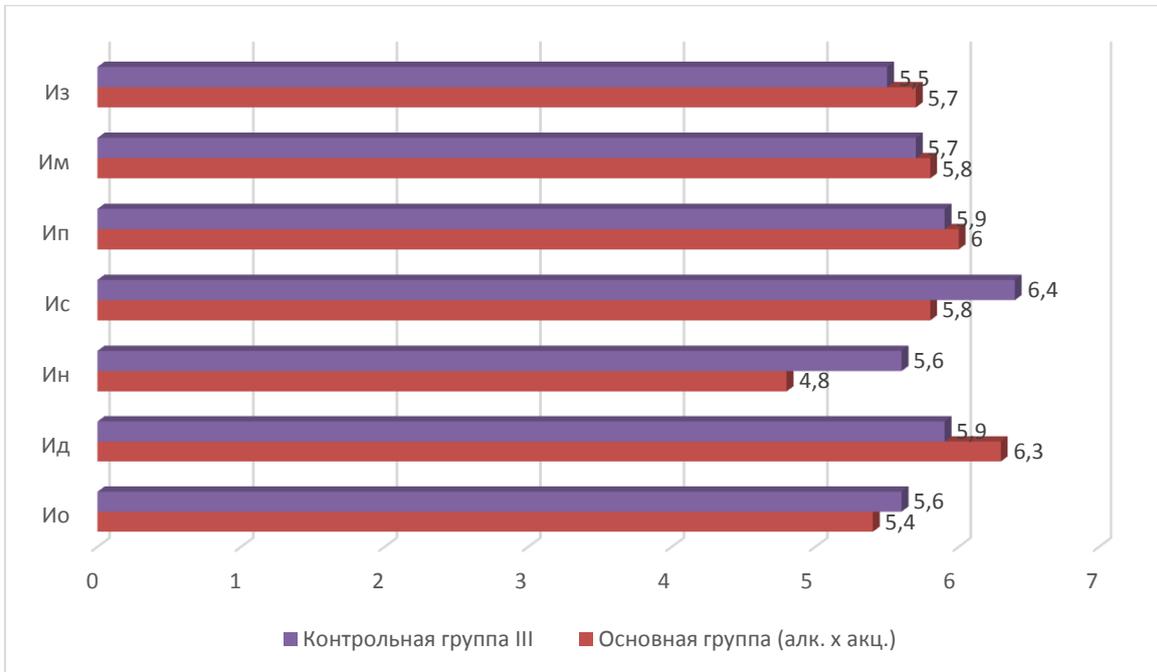
Показатели теста «УСК», выраженные в стенах в основной (алк.) и контрольной III группах.

	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
Основная гр. (алк. × акц.)	5,4	6,3	4,8	5,8	6,0	5,8	5,7
Контрольная гр. III	5,6	5,9	5,6	6,4	5,9	5,7	5,5

Значения баллов теста «УСК», переведенные в стены в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера (алк.×акц.), а также в группе контроля III, и представленные в таблице 22 имеют почти сходные значения.

Диаграмма 7.

Уровень субъективного контроля в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера (алк.×акц.) и в группе контроля III (здоровые).



Из таблицы 22 и диаграммы 7 следует, что по шкале общей интернальности (Ио) больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера демонстрируют экстернальный локус-контроль (Ио=5,4), т.е. низкий уровень субъективного контроля. Но если стремиться к большей точности, следует подчеркнуть, что показатель выше 5,5 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. Т.е. пациенты, страдающие алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, 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. Можно только предположить, что в определенные моменты они в недостаточной мере чувствуют личную ответственность за жизненные события и за то, как складывается их жизнь в

целом, а, следовательно, не исключено, что они пытаются просто уйти в сложных ситуациях от решения проблем.

Показатели уровня субъективного контроля в контрольной группе III (здоровые лица) соответствуют интернальному локус-контролю этих испытуемых ($I_o=5,6$). Это отражает высокий уровень субъективного контроля над значимыми ситуациями, т.е. эти люди чувствуют большую собственную личную ответственность за жизненные события и за то, как складывается их жизнь в целом.

По шкале интернальности в области достижений результаты в группе пациентов, страдающих алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера ($I_d=6,3$), и в контрольной группе III ($I_d=5,9$) отражают интернальный локус-контроль. Испытуемые этих групп считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем.

По шкале интернальности в области неудач (I_n) больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера демонстрируют экстернальный уровень субъективного контроля ($I_n=4,8$). Это может означать, что они склонны приписывать ответственность за подобные события другим людям, или считать их результатом невезения. В контрольной группе III результаты отражают интернальный локус-контроль испытуемых ($I_n=5,6$), т.е. здоровые лица не склонны искать причину своих неудач во внешних событиях, а пытаются найти причины происходящих с ними неприятностей. Они склонны обвинять себя в своих неудачах и страданиях.

По шкале интернальности в сфере семейных (I_c), производственных (I_p) и межличностных отношений (I_m) респонденты обеих групп демонстрируют интернальный уровень субъективного контроля. Это означает, что все испытуемые считают себя ответственными за то, что происходит с ними в семейной жизни, как складываются их взаимоотношения с партнерами в области производственных и других

взаимоотношений. Все они склонны брать на себя ответственность за то, что происходит в их карьере, в семье, в отношениях с окружающими.

Следует подчеркнуть, что по шкале субъективного контроля в отношении здоровья и болезни (Из) показатели у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера немного (Из=5,7) выше, чем в группе здоровых лиц (Из=5,5). Не исключено, что в результате проведенной в стационаре рациональной психотерапии больные алкоголизмом склонны, прежде всего, экстраполировать понятие болезни именно в отношении зависимости от алкоголя. Учитывая критичное отношение к болезни, сформированную установку на абсолютную трезвость у этих испытуемых, можно полагать, что они считают себя полностью ответственными за свое здоровье и считают, что результат лечения будет зависеть только от их дальнейших действий и поступков.

Средние показатели шкал теста уровня субъективного контроля по всем основным сферам жизни аддиктов с теми или иными акцентуациями характера сопоставимы с результатами тестирования группы здоровых лиц. Это свидетельствует о том, что они столь же часто в жизни берут на себя ответственность, сколько и возлагают ее на других людей, тем самым снимая лично с себя ответственность за происходящее.

Следует только отметить, что пациенты с *дистимическими* (И_н=4,8) и *аструктурными* (И_н=4,7) характерологическими особенностями демонстрируют экстернальный уровень субъективного контроля, склонность приписывать ответственность за происходящие с ними разнообразные неприятности и неудачи внешним событиям, считать их результатом невезения. *Ананкасты* (Из=4,5) выявляют также низкий уровень субъективного контроля в отношении здоровья, полагая, что здоровье и болезнь это результат случая и надеются на то, что выздоровление придет в результате действия других людей, прежде всего врачей. *Шизоиды* (Из=3,3), *эпилептоиды* (Из=4,5) и *ананкасты* (Из=4,7) склонны считать своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в их семьях, и

практически полностью снимают с себя ответственность за события, происходящие в их семейной жизни.

Следует отметить, что родственники больных алкогольной зависимостью склонны к занижению оценок их субъективных самоотчетов. Полученные данные свидетельствуют о важности проведения семейной психотерапии, о необходимости коррекции представлений родственников. Проявившееся воздействие созависимости в отношениях больных алкоголизмом и родственников может повлиять на протяженность и на формы прохождения адаптационного периода, особенно, в первые месяцы становления ремиссии.

С целью изучения нормативных идеалов, личностных ценностей, индивидуальных приоритетов, которыми человек наиболее часто руководствуется в своем поведении, в работе был использован опросник Шварца.

Опросник Шварца по изучению ценностей личности представляет собой шкалу, предназначенную для измерения уровня выраженности десяти типов (блоков) ценностей. Методика состоит из двух частей, отличающихся процедурой проведения. Первая часть опросника («Обзор ценностей») предоставляет возможность изучить нормативные идеалы, ценности личности на уровне убеждений, а также структуру ценностей, оказывающих наибольшее влияние на личность в целом, но не всегда проявляющихся в реальном социальном поведении. Вторая часть («Профиль личности») позволяет изучать ценности на уровне поведения, т.е. индивидуальные приоритеты, которыми человек наиболее часто руководствуется в своем поведении.

Ш.Шварц описывает десять типов мотивационных ценностей соответственно их центральной цели (Schwartz, 1992; Smith, Schwartz, 1997): 1) власть (Power) – социальный статус, доминирование над людьми и ресурсами, 2) достижение (Achievement) – личный успех в соответствии

с социальными стандартами, 3) гедонизм (Hedonism) - наслаждение или чувственное удовольствие, 4) стимуляция (Stimulation) – волнение и новизна, 5) самостоятельность (Self-Direction) – самостоятельность мысли и действия, 6) универсализм (Universalism) – понимание, терпимость и защита благополучия всех людей и природы, 7) доброта (Benevolence) – сохранение и повышение благополучия близких людей, 8) традиции (Tradition) – уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи, 9) конформность (Conformity) – сдерживание действий и побуждений, которые могут навредить другим и не соответствуют социальным ожиданиям. Данная ценность является производной от требования сдерживать склонности, имеющие негативные социальные последствия (включает послушание, самодисциплину, вежливость, уважение к родителям и старшим), 10) безопасность (Security) – безопасность и стабильность общества, отношений и самого себя.

На первом этапе анализа данных оценивалась значимость межгрупповых различий в показателях десяти типов мотивационных ценностей, полученных по методике Шварца, в 3-х группах исследования. В **первую группу (алк.×акц.)** вошли пациенты, страдающие алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера – 50 человек. **Вторую группу (РЛ)** составили пациенты с расстройствами личности (РЛ), страдающие алкогольной зависимостью – 38 человек. **Третья группа (контроль)** – контрольная, сформированная из здоровых лиц, не страдавших какой-либо зависимостью (неаддикты). Эта группа включает 50 респондентов. В таблице 23 приводятся среднее и стандартное отклонение для каждого из показателей по 10 блокам ценностей. Достоверность различий оценивалась по критерию t-Стьюдента. Средние показатели (представленные в таблице 23 и таблице 24) позволяют судить о соотношении значимости ценностей у разных групп испытуемых как на уровне нормативных идеалов, так и на уровне индивидуальных приоритетов.

Таблица 23.

Средние показатели значимости различных видов ценностей на уровне
нормативных идеалов.

Показатели и пары сравнения	Среднее значение и стандартное отклонение	p
1. Конформность		
Группа I (алк. × акц.) Группа III (контроль)	3,68±0,32 3,82±0,39	0,346
Группа II (алк. × РЛ) Группа III (контроль)	3,81±0,36 3,82±0,39	0,949
Группа I (алк. × акц.) Группа II (алк. × РЛ)	3,68±0,32 3,81±0,36	0,445
2. Традиции		
Группа I (алк. × акц.) Группа III	3,09±0,27 2,79±0,22	0,654
Группа II (алк. × РЛ) Группа III	2,97±0,31 2,79±0,22	0,726
Группа I (алк. × акц.) Группа II (алк. × РЛ)	3,09±0,27 2,97±0,31	0,419
3. Доброта		
Группа I (алк. × акц.) Группа III	4,19±0,31 4,08±0,27	0,561
Группа II (алк. × РЛ) Группа III	3,99±0,25 4,08±0,27	
Группа I (алк. × акц.) Группа II (алк. × РЛ)	4,19±0,31 3,99±0,25	
4. Универсализм		
Группа I (алк. × акц.) Группа III	4,45±0,35 2,92±0,41	0,002
Группа II (алк. × РЛ) Группа III	3,05±0,43 2,92±0,41	0,598
Группа I (алк. × акц.) Группа II (алк. × РЛ)	4,45±0,35 3,05±0,43	0,288
5. Самостоятельность		
Группа I (алк. × акц.) Группа III	3,74±0,24 4,10±0,28	0,285
Группа II (алк. × РЛ) Группа III	4,08±0,21 4,10±0,28	0,705
Группа I (алк. × акц.) Группа II (алк. × РЛ)	3,74±0,24 4,08±0,21	0,165
6. Стимуляция		
Группа I (алк. × акц.)	2,50±0,33	0,521

Группа III	2,61±0,29	
Группа II (алк. ×РЛ)	2,83±0,26	0,081
Группа III	2,61±0,29	
Группа I (алк. ×акц.)	2,50±0,33	0,094
Группа II (алк. ×РЛ)	2,83±0,26	
7. Гедонизм		
Группа I (алк. ×акц.)	2,68±0,31	0,323
Группа III	3,73±0,37	
Группа II (алк. ×РЛ)	4,53±0,29	0,704
Группа III	3,73±0,37	
Группа I (алк. ×акц.)	2,68±0,31	0,004
Группа II (алк. ×РЛ)	4,53±0,29	
8. Достижения		
Группа I (алк. ×акц.)	3,57±0,26	0,295
Группа III	3,64±0,31	
Группа II (алк. ×РЛ)	3,11±0,36	0,487
Группа III	3,64±0,31	
Группа I (алк. ×акц.)	3,57±0,26	0,453
Группа II (алк. ×РЛ)	3,11±0,36	
9. Власть		
Группа I (алк. ×акц.)	2,90±0,31	0,832
Группа III	2,87±0,33	
Группа II (алк. ×РЛ)	2,81±0,37	0,969
Группа III	2,87±0,33	
Группа I (алк. ×акц.)	2,90±0,31	0,881
Группа II (алк. ×РЛ)	2,81±0,37	
10. Безопасность		
Группа I (алк. ×акц.)	4,23±0,29	0,579
Группа III	4,09±0,26	
Группа II (алк. ×РЛ)	4,21±0,30	0,367
Группа III	4,09±0,26	
Группа I (алк. ×акц.)	4,23±0,29	0,682
Группа II (алк. ×РЛ)	4,21±0,30	

Таблица 24.

Средние показатели значимости различных видов ценностей на уровне индивидуальных приоритетов.

Показатели и пары сравнения	Среднее значение и стандартное отклонение	p
1. Конформность		
Группа I (алк. ×акц.)	2,26±0,56	0,223

Группа III (контроль)	1,86±0,88	
Группа II (алк. ×РЛ)	1,82±0,76	0,927
Группа III (контроль)	1,86±0,88	
Группа I (алк. ×акц.)	2,26±0,56	0,228
Группа II (алк. ×РЛ)	1,82±0,76	
2. Традиции		
Группа I (алк. ×акц.)	2,15±0,26	0,346
Группа III (контроль)	1,41±0,15	
Группа II (алк. ×РЛ)	1,54±0,51	0,761
Группа III (контроль)	1,41±0,15	
Группа I (алк. ×акц.)	2,15±0,26	0,376
Группа II (алк. ×РЛ)	1,54±0,51	
3. Доброта		
Группа I (алк. ×акц.)	2,30±0,17	0,724
Группа III (контроль)	2,06±0,30	
Группа II (алк. ×РЛ)	1,94±0,09	0,852
Группа III (контроль)	2,06±0,30	
Группа I (алк. ×акц.)	2,30±0,17	0,267
Группа II (алк. ×РЛ)	1,94±0,09	
4. Универсализм		
Группа I (алк. ×акц.)	2,58±0,23	0,798
Группа III (контроль)	1,96±0,17	
Группа II (алк. ×РЛ)	1,86±0,27	0,949
Группа III (контроль)	1,96±0,17	
Группа I (алк. ×акц.)	2,58±0,23	0,786
Группа II (алк. ×РЛ)	1,86±0,27	
5. Самостоятельность		
Группа I (алк. ×акц.)	2,44±0,07	0,967
Группа III (контроль)	2,51±0,09	
Группа II (алк. ×РЛ)	2,31±0,06	0,932
Группа III (контроль)	2,51±0,09	
Группа I (алк. ×акц.)	2,44±0,07	0,965
Группа II (алк. ×РЛ)	2,31±0,06	
6. Стимуляция		
Группа I (алк. ×акц.)	1,91±0,24	0,843
Группа III (контроль)	1,71±0,15	
Группа II (алк. ×РЛ)	2,59±0,38	0,147
Группа III (контроль)	1,71±0,15	
Группа I (алк. ×акц.)	1,91±0,24	0,132
Группа II (алк. ×РЛ)	2,59±0,38	
7. Гедонизм		
Группа I (алк. ×акц.)	1,95±0,41	0,931
Группа III (контроль)	1,83±0,20	
Группа II (алк. ×РЛ)	2,86±0,62	0,001

Группа III (<i>контроль</i>)	1,83±0,20	
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	1,95±0,41	0,001
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	2,86±0,62	
8. Достижения		
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	2,06±0,19	0,993
Группа III (<i>контроль</i>)	2,01±0,17	
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	2,48±0,18	0,962
Группа III (<i>контроль</i>)	2,01±0,17	
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	2,06±0,19	0,897
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	2,48±0,18	
9. Власть		
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	1,23±0,11	0,952
Группа III (<i>контроль</i>)	1,43±0,21	
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	1,98±0,09	0,967
Группа III (<i>контроль</i>)	1,43±0,21	
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	1,23±0,11	0,876
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	1,98±0,09	
10. Безопасность		
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	2,47±0,20	0,889
Группа III (<i>контроль</i>)	2,18±0,24	
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	2,22±0,12	0,921
Группа III (<i>контроль</i>)	2,18±0,24	
Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	2,47±0,20	0,889
Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	2,22±0,12	

Далее каждому типу ценностей в соответствии с величиной среднего показателя был присвоен ранг от 1 до 10. Ранги определялись отдельно для каждой выборки испытуемых. Ранги от 1 до 3, присвоенные соответствующим ценностям, рассматривались как показатель их высокой значимости в этой группе испытуемых. Ранги от 7 до 10 свидетельствовали, напротив, об их низкой значимости для испытуемых определенной группы. Результаты ранжирования представлены в таблицах 25 и 26.

Таблица 25.

Ранговые значения различных видов ценностей на уровне нормативных идеалов.

Типы ценностей	Ранговые значения типов ценностей		
	Группа I (<i>алк. × акц.</i>)	Группа II (<i>алк. × РЛ</i>)	Группа III (<i>контроль</i>)
Конформность	5	5	4

Традиции	6	8	9
Доброта	3	4	3
Универсализм	1	7	7
Самостоятельность	4	3	1
Стимуляция	10	9	10
Гедонизм	9	1	5
Достижения	7	6	6
Власть	8	10	8
Безопасность	2	2	2

Таблица 26.
Ранговые значения различных видов ценностей на уровне индивидуальных приоритетов.

Типы ценностей	Ранговые значения типов ценностей		
	Группа I (алк. × акц.)	Группа II (алк. × РЛ)	Группа III (контроль)
Конформность	5	9	6
Традиции	6	10	10
Доброта	4	7	3
Универсализм	1	8	5
Самостоятельность	3	4	1
Стимуляция	9	2	8
Гедонизм	8	1	7
Достижения	7	3	4
Власть	10	6	9
Безопасность	2	5	2

Анализ величины рангов, которые занимают определенные ценности относительно других, позволяет сделать вывод об их относительной значимости для каждой исследуемой выборки.

Как следует из приведенных выше таблиц 25 и 26 на уровне нормативных идеалов (т.е. на уровне убеждений) для обследованной выборки группы I (алк. × акц.), соответственно ранговой принадлежности, наиболее значимыми являются ценности 1) универсализма ($4,45 \pm 0,35$), 2) безопасности ($4,23 \pm 0,29$) и 3) доброты ($4,19 \pm 0,31$).

Как следует из таблицы 23, на уровне нормативных идеалов, т.е. на уровне убеждений, ценность универсализма ($4,45 \pm 0,35$) для лиц, страдающих

алкогольной зависимостью в сочетании с различными акцентуациями характера, является статистически более значимой, по сравнению с группой здоровых лиц (группа III (здоровые) $2,92 \pm 0,41$, $p=0,002$). *Универсализм* - мотивационная цель данного типа ценностей – это понимание, терпимость, защита благополучия всех людей и природы. Мотивационные цели универсализма производны от тех потребностей выживания групп и индивидов, которые становятся явно необходимыми при вступлении в контакт с кем-либо вне своей среды или при расширении первичной группы.

Однако, следует подчеркнуть, что в целом на уровне нормативных идеалов полученные показатели свидетельствуют о сопоставимости выборки *группы I (алк.×акц.)* с *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* ($4,08 \pm 0,27$).

Самостоятельности в *группе I (алк.×акц.)* присвоен ранг 4, что позволяет данной ценности приближаться к характеристике ценности высокой степени значимости, тем более, что средние показатели значимости в группах I и II практически не различаются ($2,44 \pm 0,07$ и $2,51 \pm 0,09$ соотв.). Определяющая цель такой ценности как *самостоятельность* состоит в самостоятельности мышления и выбора способов действия, в творчестве и исследовательской активности. *Самостоятельность* как ценность производна от потребности в самоконтроле и самоуправлении, а также от интеракционных потребностей в автономности и независимости.

Мотивационная цель типа – *безопасность* для других людей и себя, гармония, стабильность общества и взаимоотношений. Она производна от базовых индивидуальных и групповых потребностей. По мнению Ш.Шварца, существует один обобщенный тип ценности *безопасность* (а не два отдельных – для группового и индивидуального уровня). Связано это с тем, что ценности, относящиеся к коллективной безопасности, в значительной степени выражают цель безопасности и для личности (социальный порядок,

безопасность семьи, национальная безопасность, взаимное расположение, взаимопомощь, чувство принадлежности, здоровье).

Доброта – более узкий «просоциальный» тип ценностей по сравнению с *универсализмом*. Лежащая в ее основе доброжелательность сфокусирована на благополучии в повседневном взаимодействии с близкими людьми. Этот тип ценностей считается производным от потребности в позитивном взаимодействии и обеспечении процветания группы. Его мотивационная цель - сохранение благополучия людей, с которыми индивид находится в личных контактах (полезность, лояльность, снисходительность, честность, ответственность, дружба, зрелая любовь).

Полученные данные по *группе II (алк. ×РЛ)* свидетельствуют, 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* ($4,08 \pm 0,21$). При этом ценность *гедонизма* для лиц, страдающих алкогольной зависимостью в сочетании с патохарактерологическими особенностями, является статистически более значимой, по сравнению с группой лиц, страдающих алкоголизмом, но на фоне акцентуаций характера (*группа II (алк.×РЛ)* - $4,21 \pm 0,29$; *группа I (алк. ×акц.)* - $2,68 \pm 0,31$; $p 0,004$). Мотивационная цель *гедонизма* определяется как наслаждение или чувственное удовольствие (удовольствия, наслаждение жизнью). По теории динамических отношений между ценностными типами Шварца сочетание *гедонизма* и *самостоятельности* свидетельствует об открытости системы изменениям.

Как следует из таблицы 24, на уровне индивидуальных приоритетов, наиболее часто проявляющихся в социальном поведении личности (т.е. в конкретных поступках), в *группе I (алк. ×акц.)* ценностями высокой степени значимости, соответственно рангам, являются 1) универсализм ($2,58 \pm 0,23$), 2) безопасность ($2,47 \pm 0,20$) и 3) самостоятельность ($2,44 \pm 0,07$); в *группе II (алк. ×РЛ)* – 1) гедонизм ($2,86 \pm 0,62$), 2) стимуляция ($2,59 \pm 0,38$) и 3)

достижения ($2,48 \pm 0,18$); в *группе III (здоровые)* – 1) самостоятельность ($2,51 \pm 0,09$), 2) безопасность ($2,18 \pm 0,24$) и 3) доброта ($2,06 \pm 0,30$).

В группе II у лиц, страдающих алкоголизмом в сочетании с расстройствами личности, на уровне индивидуальных приоритетов, как и на уровне нормативных идеалов, наиболее значимой является ценность гедонизма, причем на уровне статистической достоверности (группа II (алк. × РЛ) $2,86 \pm 0,62$ и группа III (здоровые) $1,83 \pm 0,20$, $p=0,000$; группа II (алк. × РЛ) $2,86 \pm 0,62$ и группа I (алк. × акц.) $1,95 \pm 0,41$, $p=0,001$). Т.е. на уровне индивидуальных приоритетов структура поведенческих ориентиров пациентов, страдающих алкоголизмом и РЛ (группа II), характеризуется преобладанием открытости к постоянным изменениям, включающей стремление к удовольствию, наслаждение жизнью в сочетании с потребностью в разнообразии, стремлении к новизне и глубоким переживаниям в сочетании с самовозвышением, предполагающим личный успех через проявление компетентности. В данном случае не исключено, что у лиц с РЛ в сочетании с алкогольной зависимостью стремление к удовольствию, удовлетворению своих потребностей является основным поведенческим мотивом. Это вступает в конфликт с основными общечеловеческими ценностями и является фактором, определяющим социальную дезадаптацию и более злокачественное течение алкоголизма. Предположительно, *самостоятельность* в данном случае выступает не как потребность в самоконтроле и самоуправлении, а в первую очередь, как потребность в автономности и независимости, стремлении делать то, что соответствует собственным представлениям о жизни, поиске новых ощущений и удовольствий для себя, что может идти в разрез с представлениями большинства окружающих.

Группа III (здоровые лица, неаддикты) на уровне индивидуальных приоритетов демонстрирует достаточную гармоничность в виде той же открытости изменениям, но через *самостоятельность* (творческой составляющей, включающей потребность в самоконтроле и самоуправлении,

а также в автономности и независимости), а также самотрансцендентность в форме *доброты* (предполагающей позитивное взаимодействие, полезность, лояльность, честность, ответственность, дружбу, зрелую любовь) в сочетании с консерватизмом, предполагающим *безопасность* для других людей и для себя, стабильность общества и взаимоотношений.

Группа I (алк.×акц.), так же как и группа III (здоровые), демонстрирует самотрансцендентность, но через *универсализм*, открытость изменениям через *самостоятельность* и консерватизм в форме *безопасности*.

Распределение ценностных иерархий между выборками наглядно представлено в таблице 27.

Таблица 27.

Распределение ценностей высокой и низкой значимости между группами.

Группы	Ценности высокой значимости		Ценности низкой значимости	
	На уровне нормат.идеалов	На уровне индив.приор.	На уровне нормат.идеалов	На уровне индив.приор.
Группа III (здоровые)	1.Самостоятельн. 2.Безопасность 3.Доброта	10.Самостоятельн. 9.Безопасность 8.Доброта	10.Стимуляция 9.Традиции 8.Власть	10.Традиции 9.Власть 8.Стимуляция
Группа I (алк.×акц.)	1.Универсализм 2.Безопасность 3.Доброта	10.Универсализм 9.Безопасность 8.Самостоятельн.	10.Стимуляция 9.Гедонизм 8.Власть	10.Власть 9.Стимуляция 8.Гедонизм
Группа II (алк.×псих оп.)	1.Гедонизм 2.Безопасность 3.Самостоятельн.	10.Гедонизм 9.Стимуляция 8.Достижения	10.Власть 9.Стимуляция 8.Традиции	10.Традиции 9.Власть 8.Стимуляция

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 (группа I), предстают как бы «промежуточной» по цельности группой, хотя при более детальном рассмотрении следует говорить о полной сопоставимости с группой здоровых лиц (группой III). Необходимо особо подчеркнуть, что *доброта* – это более узкий «просоциальный» тип ценности по сравнению с *универсализмом* и обе эти ценности раскрывают понятие самотрансцендентности, образуя интегрированную мотивационную структуру. На уровне индивидуальных приоритетов, по сравнению с ценностями на уровне нормативных идеалов, у пациентов этой группы становится выраженной *самостоятельность*, что приравнивает ее к группе здоровых лиц и является показателем достаточно высокой адаптации и социализации. Тем более, что на уровне нормативных показателей *самостоятельности* принадлежит 4 ранг.

Наибольшие расхождения между смыслообразующими и декларируемыми ценностями были установлены у пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне РЛ. На фоне декларируемых (хотя и второстепенных) традиционно одобряемых обществом ценностей структура поведенческих ориентиров зависимых от алкоголя психопатов 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.

Наименьшей значимостью на уровне нормативных идеалов соответственно рангам для группы I (алк.×акц.) обладают такие ценности, как 8) власть (2,90±0,31), 9) гедонизм (2,68±0,31), 10) стимуляция (2,50±0,33); для группы II (алк. ×РЛ) – 8) традиции (2,97±0,31), 9) стимуляция (2,83±0,26), 10) власть (2,81±0,37); для группы III (здоровые) – 8) власть (2,87±0,33), 9) традиции (2,79±0,22), 10) стимуляция (2,61±0,29).

Наименьшей значимостью на уровне индивидуальных приоритетов для группы I (алк.×акц.) обладают такие ценности как 10) власть ($1,23\pm 0,11$), 9) стимуляция ($1,91\pm 0,24$), 8) гедонизм ($1,95\pm 0,41$); для группы II (алк. ×РЛ) – 10) традиции ($1,54\pm 0,51$), 9) конформность ($1,82\pm 0,76$), 8) универсализм ($1,86\pm 0,27$); для группы III (здоровые) – 10) традиции ($1,41\pm 0,15$), 9) власть ($1,43\pm 0,21$), 8) стимуляция ($1,71\pm 0,15$).

Особо следует отметить, что в блок ценностей, обладающих наименьшей значимостью, как на уровне нормативных идеалов, так и на уровне индивидуальных приоритетов, для всех исследуемых групп, как бы объединяя их, входят блоки: *традиции, власть, стимуляция*. Если, например, в отношении блоков «*власть*» и «*стимуляция*» не заметно дисгармонии, и это можно объяснить личностными установками, то в отношении блока «*традиции*», особенно у неаддиктов, это выглядит крайне удивительным, противоречащим всему вышеизложенному. Относительно блока «*традиции*» (поддержание общественных традиций и норм, уважение, принятие обычаев и идей, которые существуют в культуре) большинство испытуемых (группа II и группа III) продемонстрировали пренебрежение, поместив ценности этого блока на последнее место, подчеркнув, тем самым, нежелание или отсутствие внутренней готовности следовать принятым обычаям и идеям, которые существуют в культуре (уважение традиций, смирение, благочестие, принятие своей участи, умеренность). Если у больных алкогольной зависимостью с расстройствами личности такое отношение вполне может укладываться в общую картину ценностных иерархий, то у здоровых лиц, на первый взгляд, это выглядит достаточно странным. С другой стороны, у лиц, проживающих в условиях всеобщей глобализации, смешения различных культур, это, может быть как отражением терпимости, так и готовности этой группы к пересмотру своих «социальных» приверженностей под воздействием революционных перемен в российском обществе 90-х начала 2000-х годов, давших помимо личной свободы, свободу нигилизму и масштабной рекламе суррогатных вариантов удовлетворения потребностей

состояний. Нельзя не отдать должное политике, стремлению других государств, использующих, в том числе, широкомасштабную пропаганду, мощное давление через средства массовой информации и интернет в навязывании извне чужой культуры и лобировании своих интересов.

Интерес представляют показатели в группе I (алк.×акц.). Демонстрируя устойчивость ценностных мотивационных блоков, как на уровне убеждений, так и на уровне конкретных поведенческих паттернов, лица, страдающие алкоголизмом с различными акцентуациями характера, *гедонизм* отнесли к *блоку ценностей, обладающим для них наименьшей значимостью*. Нет необходимой степени достоверных различий на уровне средне-статистических показателей по сравнению с группой здоровых лиц (неаддиктов). Тем не менее, такая картина для больных алкогольной зависимостью может служить косвенным показателем недостаточной удовлетворенности качеством своей жизни. Из этого следует вывод о важности психотерапевтических мероприятий с акцентом на поиске ситуаций, или формировании способов поведения, которые позволяют получать удовольствие от жизни при лечении и оказании медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом. Не исключено, что алкоголь для них является единственным приемлемым способом «побаловать» себя, доставить себе удовольствие. В случае, когда такой пациент приходит к выводу о необходимости прекращения алкоголизации, он оказывается в трудной ситуации поиска замены алкоголя как средства, доставляющего ему удовольствие. На первом этапе трезвости (на котором и проводилось психологическое тестирование) такие пациенты, видимо, не представляют себе социально одобряемых способов получения «кайфа» от жизни, что, вероятнее всего, автоматически приводит *гедонизм* к психологическому вытеснению.

Таким образом, рассмотрение ценностных мотивационных блоков на уровне нормативных идеалов и на уровне индивидуальных приоритетов продемонстрировало в целом устойчивость и сходство ценностных

предпочтений на обоих уровнях как у здоровых испытуемых (неаддикты), так и у лиц, страдающих алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера. Наибольшие расхождения между смыслообразующими и декларируемыми ценностями были установлены у пациентов с алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне РЛ. Учитывая особенности течения алкоголизма (высокая степень прогрессивности, тяжесть, склонность к безремиссионному течению у больных с РЛ и относительно благоприятное течение на фоне различных акцентуаций характера), а также смыслообразующие ценностные ориентиры у различных исследуемых групп (сходство неаддиктов с зависимыми от алкоголя лицами без психической патологии), предположительно можно сделать вывод, что именно личностные составляющие на первых двух стадиях заболевания во многом определяют особенности его течения, а не наоборот.

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

В результате исследования установлено, что у всех больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера в результате хронической алкогольной интоксикации отмечалось или заострение преморбидных черт характера, или появление новых патологических изменений в структуре личности. Это сказывалось, в первую очередь, в изменениях психической реактивности, в формах реагирования на различные психогенные воздействия, а также в появлении органических личностных изменений с тем или иным уровнем интеллектуально-мнестических расстройств и снижением критики к состоянию.

СТЕНИЧНЫЕ. В первую очередь, следует отметить более старший возраст, по сравнению с другими группами, *лиц со стеничными чертами характера* (n=51) – 49, $8 \pm 7,8$ (38-65 лет). Распределение по возрастным группам следующее: 36-40 лет - 15,7% (n=8); 41-45 лет – 17,6% (n=9); 46-50 лет – 33,3% (n=17); 51-55 лет – 13,7% (n=7); 56-60 лет – 11,8% (n=6) и 61-65 лет – 7,8% (n=4). *Преобладающий возраст пациентов – от 46 до 50 лет.* Моложе 38 лет больных в этой группе не зарегистрировано. *Стеничные гипертимные* (n=23; 45,1%) отличались постоянно повышенным фоном настроения, подвижностью, неудержимой активностью с жадой общения. С детства обнаруживали склонность к озорству, в происходящие вокруг события они вносили много шума, любили беспокойные компании сверстников. Их отличали хорошие способности, энергичность, жизнерадостность, активная жизненная позиция, коммуникабельность, чувство юмора. *Стеничные истероидные* (n=7; 13,7%) отличались повышенным жизненным тонусом, тщеславностью, стремлением всегда быть в центре внимания, нередко с хорошими организаторскими способностями,

упорством и инициативностью. *Стеничные возбудимые* ($n=5$; 9,8%) отличаясь жизнелюбием и коммуникабельностью, склонностью к риску, обнаруживали неусидчивость, недостаточную дисциплинированность, учились неровно, в подростковом возрасте имели много увлечений, как правило, поверхностных и мимолетных, однако, обладая лидерскими качествами и незаурядными способностями, оказывались на высоком уровне социальной адаптации. *Стеничных с тревожностью* ($n=11$; 21,6%) при их активности, напористости, общительности и инициативности отличает самокритичность, беспокойство за результат той или иной деятельности, нередко со стремлением довести начатое до идеала. *Стеничные педанты* ($n=5$; 9,8%) при наличии экстравертированности, активной жизненной позиции, мобильности обращали на себя внимание аккуратностью, дисциплинированностью, стремлением соблюдать установившиеся правила.

Возраст первого знакомства со спиртными напитками сопоставим с аналогичным возрастом представителей других групп общей выборки, и, в среднем, составляет – $16,9 \pm 2,5$ лет (13-20 лет). Из всех пациентов этой группы в возрасте до 14 лет впервые попробовали алкоголь – 3,9% ($n=2$) больных; в возрасте 14-16 лет – 37,3% ($n=19$) и в возрасте 17 лет и старше – 58,8% ($n=30$). Однако, следует подчеркнуть, что возраст первого употребления алкоголя, в подавляющем большинстве случаев это возраст неполного и полного совершеннолетия. Мотивами, побуждавшими к первому употреблению спиртного, в большинстве случаев являлись обычаи и правила отмечать значимые даты и события (окончание школы, училища, дни рождения и, в первую очередь – совершеннолетие, различные всенародные праздники). Ритуальный характер первого знакомства со спиртным отмечен в 52,9% ($n=27$) случаев; «исследовательский» характер («эксперимент – что это такое?»); «за компанию»; «запретный плод – сладок») в 35,3% ($n=18$); с целью самоутверждения – 7,8% ($n=4$); с целью облегчения контактов (в т.ч. «для знакомств с девушками») – 3,9% ($n=2$). В компании сверстников начинали первые пробы алкоголя – 74,5% ($n=38$); в компании старших по возрасту

(именно с целью самоутверждения) – 7,8% (n=4); в кругу семьи – 17,6% (n=9). Ощущая ареол таинства и ритуала, знакомились со спиртным в компании однокурсников летом на практике, проживая в палатках. Самоутверждались среди старших по возрасту в туалете школы, отмечая ноябрьские праздники. Праздновали полное совершеннолетие и начало взрослой жизни за круглым семейным столом. Все пациенты впервые употребляли различные вина (портвейн, сухое вино, шампанское), в преобладающем большинстве случаев в дозе 150-250 мл, что приводило к легкой степени опьянения. Приятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным, состоянии эйфории, легком опьянении сохранили 50,9% (n=26) больных. Безразличные воспоминания остались у 47,1% (n=24) больных. Среднюю степень опьянения с возбуждением, но, в то же время, оставившую приятные впечатления, отмечали 3,9% (n=2) больных. Средне-тяжелая степень опьянения с возникновением рвоты наблюдалась у одного пациента (1,9%).

Средний возраст начала систематического пьянства у стеничных пациентов сопоставим с возрастом начала систематической алкоголизации большинства представителей других групп, и составляет $26,3 \pm 3,2$ (22-38) лет. До 25 лет начали систематически злоупотреблять спиртным 13,7% (n=7) больных; с 25 до 30 лет – 64,7% (n=33) больных; после 30 лет - 21,6% (n=11) больных. Основную группу составляют пациенты с началом систематического пьянства после 25 лет («уже отучился, был женат и отслужил»). Чаще всего, начало систематического пьянства стеничные акцентуанты объясняли традициями коллектива, необходимостью следовать сложившимся нормам, особенностями производственного процесса (организация встреч с обязательным застольем, предприимчивость в установлении контактов с «нужными» людьми, командировки, где употребление алкоголя – это «способ согреться в условиях Севера» и «не заразиться кишечной инфекцией в Африке»). В условиях сегодняшнего времени потребление спиртного объяснялось нестабильностью

экономической ситуации, неуверенностью в завтрашнем дне, напряженным графиком работы, необходимостью «постоянно прокручивать в голове» требующие разрешения проблемы, «невозможностью расслабиться». В результате пьянство – это борьба с нарастающей усталостью, бессонницей, отсутствием реального времени для отдыха. Выпитая по дороге домой бутылка пива, или «150 грамм за ужином», дают чувство приятного расслабления, возможность отвлечься от работы. Достаточно часто алкоголь используется для нормализации сна. Практически у всех пациентов присутствует мотив обязательного ритуального характера потребления спиртного.

Все 100% больных со стеничными чертами характера отмечают, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления и дальнейшей сонливостью при повышении дозировки. О развязности и дурашливости сообщили 23,5% (n=12) пациентов. Предпочтение отдавали водке, иногда разведенному спирту в дозе 200-250 мл. – 90,2% (n=46), пиву от 1 до 3 бутылок – в 9,8% (n=5) случаев.

Под началом заболевания понималось начало употребления опьяняющих доз алкоголя до 2-3 раз в неделю, повышение толерантности к спиртному с исчезновением защитного рвотного рефлекса на передозировку, появление патологического влечения к алкоголю, утрата самоконтроля, появление астенического симптомокомплекса. Среди пациентов данной группы страдали алкогольной зависимостью в течение 6-10 лет – 33,3% (n=17) больных, от 11 до 25 лет – 49,0% (n=25) и свыше 25 лет – 17,6% (n=9) человек. Таким образом, в выборке преобладали больные с длительностью заболевания от 11 до 25 лет. Средняя длительность заболевания к моменту обследования – $17,8 \pm 5,4$ лет.

Возраст формирования СОА у больных со стеничными чертами характера составлял $38,6 \pm 4,5$ (33-45) лет. По сравнению с *контрольной группой I (алк.)* они старше, но различие не достигает степени статистической

значимости. Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования следующая: до 5 лет – у 9,8% (n=5) больных; от 6 до 10 лет – у 35,3% (n=18) больных; от 11 до 20 лет – у 41,2% (n=21) больных; свыше 20 лет – у 13,7% (n=7) больных. Таким образом, принимая во внимание возраст начала систематической алкоголизации, темп формирования алкоголизма у больных оказался следующим: от 7 до 10 лет – у 23,5% (n=12) б-х; от 11 до 15 лет – у 41,2% (n=21); свыше 15 лет – у 35,3% (n=18). Больных, с быстротой формирования СОА в пределах 6 лет с момента начала систематической алкоголизации среди пациентов данной группы не было. Следовательно, для больных алкоголизмом со стеничными характерологическими акцентуациями характерен *умеренно- и медленно-прогредиентный* темп формирования алкогольной зависимости (11,9±2,6 лет).

Употребление спиртного у преобладающего большинства больных этой группы – 78,4% (n=40) - носило *запойный характер*. Оно характеризовалось периодическим многодневным потреблением - от 3 до 15 дней (7,2±2,6) и относительным постоянством ежедневно принимаемых дозировок спиртного - от 0,5 до 1,5 л (0,8±0,04) водки или других крепких спиртных напитков, интенсивно выраженными соматоневрологическими проявлениями СОА, перерывами в употреблении алкоголя, обусловленными различными внешними обстоятельствами (псевдозапой). У 9,8% (n=5) пациентов отмечался *смешанный тип пьянства* – возникновение на фоне ежедневного потребления небольших или умеренных дозировок алкоголя (в основном 1-2 бутылки пива на неделю) периодов с резким увеличением доз спиртного (до 0,5-0,7 л водки в выходные), появлением или утяжелением проявлений абстинентного синдрома. У 7,8% (n=4) пациентов наблюдалась *постоянная форма потребления алкоголя*, характеризующаяся систематически частым или ежедневным потреблением больших доз спиртных напитков - от 0,4 до 0,7 л (0,45±0,03) водки, сопровождающаяся достаточно интенсивным влечением к алкоголю, высокой толерантностью к

нему и умеренно выраженным утром синдромом похмелья. У 7,8% (n=4) больных после 60 лет употребление алкоголя было ежедневным на фоне сниженной толерантности (350-400 мл водки). Дозы алкоголя были невелики, отмечалось дробное его потребление. Тяжесть проявлений СОА зависела от суточных доз потребляемого спиртного. Зарегистрировано поступательное развитие заболевания – с возрастом нарастает тенденция к увеличению длительности запоев и сокращению длительности светлых промежутков, а в дальнейшем намечался переход к непрерывному пьянству.

Патологическое влечение к спиртному (но не всегда) у 68,6% (n=35) пациентов возникало ситуационно при виде и запахе алкоголя, чаще характеризовалось борьбой мотивов – 47,1% (n=24). У 66,7% (n=34) пациентов влечение обострялось на фоне конфликтных ситуаций на работе и дома, после ссор и неудач, сопровождалось появлением легкой тревожности, беспокойства, внутреннего напряжения, повышенной возбудимости (у стеничных с тревожными, истероидными и возбудимыми чертами). Некоторые пациенты (13,7%, n=7) говорили об обострении влечения, не связанном с какими-либо ситуациями, появлявшемся “внезапно, исподволь”, “сосет внутри, как будто чего-то не хватает, трудно сказать где, даже не в желудке, в голове – надо выпить!” У 41,2% (n=21) пациентов влечение сопровождалось нарастанием гиперактивности (у стеничных с гипертимными чертами). Причем большинство больных (88,2%, n=45) подчеркивали, что насыщение пищей, желанный секс, необходимость выполнения определенного объема работы и интересные занятия снижали или полностью устраняли влечение к алкоголю.

Все пациенты по мере развития заболевания отмечали изменение характера опьянения по сравнению с начальным. Чаще всего (76,5%, n=39) фиксировали седативное опьянение с сонливостью, в 23,5% (n=12) – дисфорическое с раздражительностью и дурашливостью. В 100% случаев опьянение характеризовалось алкогольными палимпсестами. При наличии остаточных явлений органического поражения мозга, текущих сосудистых

заболеваниях частота алкогольных палимпсестов возрастала, амнезия возникала после употребления относительно небольших дозировок спиртных напитков. Самой частой причиной обрыва запоев пациенты называли конфликт в семье или на работе, желание самостоятельно прекратить пьянство («надоело, что веду себя как козел») – 66,7% (n=34); плохое состояние, опасение за свое здоровье – 17,6% (n=9); отсутствие денег – 9,8% (n=5); исчезновение влечения – 5,9% (n=3). Около 37,3% (n=19) пациентов отмечали невозможность самостоятельного прекращения употребления, поэтому постоянно прибегали к помощи наркологов (стационарирование в лечебные учреждения, купирование СОА на дому). Постепенно самостоятельно снижали суточную дозу алкоголя с целью прекращения пьянства 21,6% (n=11) больных.

Структура синдрома отмены алкоголя была представлена совокупностью соматических, неврологических и психопатологических расстройств. Отмечалась индивидуальная специфичность и «повторяемость» патологических нарушений. Длительность СОА в среднем составляла 3-5 суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от «стажа» алкоголизации, длительности предшествующего запоя и суточной дозы потребляемого алкоголя.

Таблица 28.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц со стеничной акцентуацией и в контрольной группе больных (в днях)

Симптомы	Стеничные	U	p	Контрольная группа I (алк.)
Тревога	1,1±0,5	476,0**	0,00145	2,43±0,21
пониженное настроение	1,7±0,7	445,5**	0,00068	3,22±0,42
влечение к алкоголю	2,1±0,62	762,0	0,56352	2,54±0,59
нарушение засыпания	2,3±0,6	771,5	0,45471	2,73±0,41
поверхостный сон	2,7±0,67	673,0	0,48523	2,54±0,95

Тремор	3,1±0,68	632,5	0,13525	3,83±0,4
атаксия в п.Ромберга	3,1±1,07	701,0	0,34068	3,62±0,49
Тахикардия	4,3±0,71	486,0**	0,00245	3,22±0,61
повышение АД	5,0±1,03	357,5**	0,00004	2,71±0,85
пониженный аппетит	1,02±0,3	453,5**	0,00087	2,24±0,7
Жажда	1,8±0,51	856,0	0,95421	1,92±0,6
Потливость	2,1±0,67	467,5**	0,00062	3,63±1,2
число больных	50			140

Проведенное сравнение скорости убываний основных симптомов СОА с помощью U-критерия Манна-Уитни показало, что в группе лиц со стеничными характерологическими акцентуациями по сравнению с контрольной группой I (алк.) достоверно быстрее исчезают следующие симптомы: тревога ($1,1\pm 0,5$ и $2,4\pm 0,2$, $p=0,00145$ соотв.), пониженное настроение ($1,7\pm 0,7$ и $3,2\pm 0,4$, $p=0,00068$ соотв.), сниженный аппетит ($1,02\pm 0,3$ и $2,2\pm 0,7$, $p=0,00087$ соотв.) и потливость ($2,1\pm 0,67$ и $3,6\pm 1,2$, $p=0,00062$ соотв.).

В структуре СОА тревожные проявления отмечали 37,3% (n=19) больных; сниженное настроение с самообвинением и самобичеванием, упреками в свой адрес за невоздержанность к спиртному – 80,4% (n=41) больных; с аутистическими проявлениями, стремлением остаться в одиночестве, «наедине с самим собой» - 25,5% (n=13) больных; апатию – 19,6% (n=10) больных; раздражительность, склонность к вербальной агрессии – 17,6% (n=9) больных; угнетенность с общим дискомфортом – 100% (n=51) больных. Таким образом, в структуре СОА у лиц со стеничными чертами характера преобладающими аффективными нарушениями являются угнетенность с общим дискомфортом и сниженный фон настроения с самообвинениями в пьянстве, которые носят кратковременный, быстропроходящий характер. У 11,8% (n=6) больных с гипертимными чертами не зарегистрировано жалоб на снижение настроения. Несмотря на наличие враженных соматоневрологических нарушений в похмелье, они

сохраняли гиперактивность, шутили, балагурили, иронизировали над своим состоянием. С учетом возраста пациентов этой группы, давности заболевания, патологического воздействия алкоголя на сердечно-сосудистую систему, не вызывает удивления длительно сохраняющаяся нестабильность АД. Нормализация гемодинамических показателей наступает лишь к концу первой недели лечения на фоне проведения симптоматической терапии. Достоверно дольше, по сравнению с *контрольной группой I (алк.)*, в структуре СОА сохраняются повышенными цифры АД ($5,0 \pm 1,03$ и $2,7 \pm 0,85$, $p=0,00004$ соотв.) и тахикардия ($4,3 \pm 0,71$ и $3,2 \pm 0,61$, $p=0,00245$ соотв.). Возраст пациентов данной группы, скорее всего, объясняет личностные изменения по органическому типу, встретившиеся у 56,9% ($n=29$) больных. В литературе это описывается как «алкогольное изменение личности». Отмечены легковесность, недооценка тяжести состояния, поверхностное отношение к злоупотреблению алкоголем, нежелание обсуждать с врачом отрицательные последствия пьянства. Характерны фиксация на социальных и личностных достижениях, бравада или снижение критики с нежеланием признать себя больным алкоголизмом. Порой отмечается недоучет ситуации в стационаре со стремлением установить панибратские отношения с врачом, обнаженность высказываний. Злоупотребление спиртным чаще объясняется больными собственной «беспечностью и дуростью». Именно эти пациенты склонны к балагурству, плоскому алкогольному юмору и грубоватым шуткам, стремлению группировать вокруг себя других пациентов. Больные отличались примитивизмом эмоциональных проявлений, упрощенной, с бытовизмами речью, легковесностью, не соответствующей уровню образования и социальному статусу. Психотерапевтическое вмешательство встречало сильнейшее сопротивление, т.к. многие считали себя «сильной личностью» и всегда «все делали по-своему». Занятия с психотерапевтом некоторые расценивали как «пустую глупость и сплошную говорильню». Симптоматика, характерная для психоорганического синдрома, чаще встречалась у больных в возрасте после 45 лет. Возможно, это обусловлено

не только течением алкоголизма, но и возрастными изменениями, а также присоединением соматической патологии (прежде всего патологии сердца, сосудов и печени). Именно у этой категории пациентов после 49 лет отмечалась тенденция к непрерывному (постоянному) пьянству – 17,6% (n=9 человек). У лиц со стеничными чертами характера зафиксировано 3 острых психотических состояния в анамнезе (1 алкогольный делирий и 2 алкогольных галлюциноза – 1 зрительный и 1 вербальный).

Из всех больных этой группы впервые обратились за медицинской помощью – 21,6% (n=11) человек. Среди них первичное обращение без предыдущих спонтанных ремиссий зарегистрировано в 13,7% (n=7) случаев. Спонтанные ремиссии длительностью до 1 года (от 0,6 до 1 года, $0,7 \pm 0,09$) отмечены у 7,8% (n=4) больных. В дальнейшем контакта с указанными пациентами не было. У тех пациентов, у которых ранее возникали спонтанные ремиссии, отмечалась полная критика к состоянию. Они считали себя больными алкоголизмом, осознавали невозможность контролируемого пьянства. Причиной обращения за помощью называли «осознание реальной алкогольной ситуации», опасения потерять семью или работу. Решение лечиться принимали самостоятельно, иногда по инициативе семьи. В конце курсового лечения двоим больным была проведена методика внутримышечной имплантации препарата «эспераль», двоим рекомендован длительный прием препарата антаксон. Те пациенты, у которых ранее не возникали спонтанные ремиссии, отличались легковесностью суждений, недооценкой тяжести своего состояния, нежеланием обсуждать проблемы алкоголизации. На протяжении пребывания в клинике высказывали свое «простецкое» мнение по всем вопросам зависимости, включая способы лечения, механизмы зависимости, роль подсознания. Сами признавали, что у них «такой уж характер – возражать и отстаивать свое», избегали долгих психотерапевтических бесед – «все можно объяснить и за 5 минут». При этом обнаруживали неплохой формальный интеллект, практическую сметку, быстрое «схватывание» нужной информации, изворотливость. В

эмоциональных оценках, в том числе своего состояния, взаимоотношений с близкими сохранялись признаки уплощения и обедненности. Согласившись, в конечном счете, с необходимостью добиться длительного периода трезвости, они наотрез отказывались от проведения «завершающих» методик, но декларативно не исключали их применения в случае срыва.

Неоднократно (от 2 до 5 раз) обращались за стационарной помощью 78,4% (n=40) больных. Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические и психиатрические стационары г. Москвы. Ремиссионный тип течения пьянства отмечен в 72,5% (n=37) случаев. Длительность ремиссий - от 2 до 10 лет ($3,6 \pm 1,2$). Безремиссионное течение зафиксировано в 5,9% (n=3) случаев у лиц старше 57 лет, находящихся на пенсии. После курса лечения возникавшие периоды воздержания от употребления спиртного были кратковременными – не более 1-2 месяцев. Среди мотивов, побуждавших к пьянству, называли одиночество, «выпиваешь дома, один, под телевизор», ощущение «выброшенности из жизни», «семья целый день на работе, а вечером у них совсем другие разговоры и интересы», незанятость, «проблема свободного времени». Отсутствие устойчивых интересов, ограниченность бытовыми проблемами, стремление к пустому времяпрепровождению – «выйдешь на улицу, а там компания собирается – под рюмочку и разговоры интереснее» - объединяет всех пациентов. Под давлением родственников они соглашались на проведение опосредованных эмоционально-стрессовых процедур, направленных на полный отказ от потребления спиртного, но довольно быстро «срывались», не выдерживая оговоренного срока трезвости.

В процессе многолетнего злоупотребления алкоголем у 56,9% (n=29) больных возникли личностные изменения по органическому типу. Отмечались нарастающая раздражительность, снижение концентрации внимания, памяти, повышенная утомляемость, легковесность суждений, недооценка тяжести состояния, поверхностное отношение к злоупотреблению алкоголем. Сужение интересов в результате алкоголизации

отметили 13,7% (n=7) больных. У 17,6% (n=9) больных зафиксированы проявления нарастающей психопатизации в форме демонстративности, а также повышенной возбудимости с чертами агрессивности.

АСТРУКТУРНЫЕ. Характерен достоверно более молодой возраст, по сравнению с другими группами, у лиц с *аструктурными характерологическими особенностями* (n=25) – $34,6 \pm 4,8$ (19-50 лет), $p=0,002$ по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* - $46,8 \pm 6,1$ года. Распределение по возрастным группам следующее: 19-24 лет - 8% (n=2); 25-30 лет - 20% (n=5); 31-35 лет - 36% (n=9); 36-40 лет - 24% (n=6); 41-45 лет - 4% (n=1); 46-50 лет - 8% (n=2). *Преобладающий возраст пациентов – от 31 до 35 лет.*

Больные, отнесенные к группе *аструктурные*, отличались, несмотря на свой возраст, чертами психической незрелости, инфантилизмом, легковесностью и некритичностью суждений, эмоциональной неустойчивостью, ограниченным словарным запасом с включением нецензурных и жаргонных выражений, плохой самооценкой, отсутствием критики к состоянию. Присутствовала врожденная ограниченность, отсутствие каких-либо интересов, отсутствие духовных запросов. Тем не менее, среди них встречались лица, хорошо справляющиеся с требованиями ремесленных профессий и хорошо зарекомендовавшие себя на производстве. Одной из отличительных черт примитивных являлась их повышенная внушаемость, что позволяло достигать длительных ремиссий после проведения одной из опосредованных психотерапевтических методик, направленных на полный отказ от алкоголизации. С детства одни отличались излишней подвижностью, неусидчивостью, упрямством, капризностью. Часто, участвуя в коллективных играх сверстников, не принимали правил игры, стремясь устанавливать свои, за что бывали отвергнуты и что в дальнейшем вызывало ощущение собственной неполноценности со стремлением преодолеть её с помощью алкоголя, а также попытками оправдать свое поведение высказываниями, видимо, компенсаторного характера. «Я сам по себе», «что хочу, то и делаю», «куда захотел, туда и

пошел». Других отличали черты пассивной подчиняемости, зависимости, трусливости, неуверенности в себе, что чаще приводило к пьянству по мотивам подражания среде. Отличительной чертой этой группы является достоверно более ранний возраст первого знакомства со спиртным, более раннее начало систематической алкоголизации и, как следствие, раннее формирование синдрома алкогольной зависимости.

Возраст первого знакомства со спиртными напитками составляет – $13,8 \pm 0,8$ (10-15 лет), что достоверно $p=0,008$ отличается от возраста контрольной группы I (алк.) - $17,2 \pm 1,7$ (15-18 лет). Из всех пациентов этой группы в возрасте до 14 лет впервые попробовали алкоголь – 52% (n=13) больных, из них 10-11 лет – 20% (n=5), 12-14 лет – 32% (n=8); в возрасте 15-16 лет – 48% (n=12). Возраст первого употребления алкоголя, в подавляющем большинстве случаев, очень ранний - до 14 лет.

Чаще всего первые пробы алкоголя происходили в компании сверстников – 56% (n=14); реже в компании старших по возрасту – 32% (n=8). Местами первого употребления были улица, спортивные площадки, подвалы, пустые квартиры, лагеря. В кругу семьи, несмотря на высокую отягощенность болезнями зависимости, первое знакомство со спиртным было достаточно редким - 12% (n=3). Мотивами, побуждавшими к первому употреблению спиртного, в большинстве случаев, являлись попытки подражать сверстникам с целью самоутверждения - 32% (n=8). Для повышения настроения и облегчения контактов, причем с изначальной установкой на достижение эффекта опьянения, в соответствии с детскими наблюдениями за поведением взрослых в аналогичных ситуациях алкоголь употребляли 20% (n=5) больных, с исследовательской целью - «было интересно испытать ощущение опьянения» - 20% (n=5) больных. Мотив «убить время» присутствовал у 16% (n=4) больных. Ритуальный характер первого знакомства со спиртным (праздники, значимые даты) наблюдался, всего лишь, у 12% (n=3) больных. Все пациенты впервые употребляли различные вина (в основном, сухое вино и портвейн) и пиво, в дозе 200-500

мл. Возникало легкое и, с их слов, даже выраженное опьянение. О приятных воспоминаниях, связанных с первым знакомством со спиртным, состоянии эйфории, оживления, веселья говорили 9 больных (36%). У 3 пациентов (12%) осталось тяжелое впечатление с ощущением беспокойства, страха с опасениями, что их увидят учителя и родители. Средне-тяжелая степень опьянения с выраженной седацией, сонливостью, рвотной реакцией наблюдалась у 6 пациентов (24%). В основном, это состояние оставило о себе неприятные воспоминания, в 2 случаях (8%) – в связи с травматизацией («упал – сломал руку»). Безразличные воспоминания остались у 20% (n=5) больных.

Средний возраст начала систематической алкоголизации у *аструктурных* значительно моложе, чем у большинства представителей других групп, в т.ч. по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* и составляет – $18,4 \pm 1,6$ (17-22) лет, $p=0,006$. До 18 лет начали систематически злоупотреблять спиртным 20% (n=5); с 18 до 20 лет – 52% (n=13); с 21 до 22 лет - 28% (n=7). Основную группу составляют пациенты с началом систематического пьянства в возрасте от 18 до 20 лет.

Чаще всего начало систематической алкоголизации *аструктурные* объясняли питейными традициями окружения, особенностями производства (в т.ч. работа в барах, на ликеро-водочных заводах, складах) - 36% (n=9). С целью повышения настроения, облегчения контактов систематически алкоголизировались 84% (n=21). В связи с личностными особенностями, отсутствием каких-либо интересов и хобби, для того, чтобы «просто убить время» пили 52% (n=13), «снимали напряжение» - 28% (n=7), чтобы «испытать новые ощущения» пили 12% (n=3). Ритуальный характер систематического пьянства (в т.ч. традиции отмечать отечественные и семейные праздники, дни выдачи аванса и зарплаты, конец рабочей недели, «день синей педали» - пятницу и т. д.) отмечали 100% (n=25).

Все 100% больных отмечали, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления. О

развязности и дурашливости говорили 64% (n=16) пациентов, о раздражительности и агрессивности, которые присутствовали непостоянно - 16% (n=4) больных. Предпочтение отдавали водке, иногда разведенному спирту в дозе 300 до 500 мл. в 36% (n=9) случаев, пиву или алкогольным коктейлям в количестве от 1-2 до 3-5 бутылок или банок – в 48% (n=12) случаев.

Формирование СОА у *аструктурных* и, следовательно, начало развернутой стадии заболевания приходилось на возраст $22,2 \pm 2,8$ (20-25) лет. По сравнению с группами других акцентуаций и, в первую очередь, с *контрольной группой I (алк.)*, они были значительно моложе. Различие достигает степени статистической значимости - $p=0,003$. По возрасту начала заболевания *аструктурные* сопоставимы с *контрольной группой II (алк. × РЛ)* - $22,2 \pm 2,8$ (20-25), между ними нет статистически достоверных различий. Это свидетельствует о высокой прогредиентности заболевания в обеих группах. Темп формирования алкогольной зависимости у *аструктурных* следующий: от 2 до 5 лет – у 56% (n=14) больных; до 2 лет – у 44% (n=11) больных. Больных, с темпом формирования СОА с момента начала систематической алкоголизации, превышающим 5 лет, в этой группе не зарегистрировано. Следовательно, для представителей этой группы характерен *быстро (высоко)- прогредиентный* темп формирования алкогольной зависимости ($2,9 \pm 1,03$ лет).

Употребление алкоголя у 52% (n=13) больных носило, в основном, *запойный характер*. Оно характеризовалось периодическим многодневным потреблением (от 4 до 12 дней) спиртного, относительным постоянством ежедневно принимаемых дозировок (от 0,5 до 1,3 л ($0,7 \pm 0,06$)) водки, других крепких спиртных напитков или (от 3,0 до 6,0 л) пива. Характерными были выраженные соматоневрологические проявления СОА, перерывы в употреблении алкоголя, чаще обусловленные плохим физическим самочувствием с невозможностью дальнейшего потребления алкоголя (истинные запои), «не лезет» у 32% (n=8), либо различными внешними

обстоятельствами (псевдозапой) – у 20% (n=5). У 36% (n=9) пациентов отмечался *ежедневный* или *смешанный (перемежающийся) тип пьянства*, когда на фоне практически ежедневного приема алкоголя в дозе от 2,0 л до 5,0 л пива отмечался переход на крепкие спиртные напитки с увеличением дозы спиртного (до 0,5-1,0 л водки) в течение последующих 3-4 дней, появлением или утяжелением проявлений синдрома отмены алкоголя. Светлые промежутки длились не более 2-4 дней, заканчивались возобновлением пьянства на фоне выраженной тяги к спиртному. У 12% (n=3) установлена приближавшаяся к *постоянной форма потребления алкоголя*. Она характеризовалась практически ежедневным потреблением больших доз спиртных напитков (от 0,5 до 0,7 л водки), сопровождалась достаточно интенсивным влечением к алкоголю, высокой толерантностью к нему, умеренно выраженным утренним синдромом похмелья и дробным потреблением спиртного в течение суток. Тяжесть проявлений СОА зависела от суточных дозировок потребляемого спиртного и длительности самого запоя. Зарегистрировано также поступательное развитие заболевания. С возрастом нарастала тенденция к увеличению длительности запоев, сокращению длительности светлых промежутков и, в дальнейшем, обнаруживался переход к практически непрерывному пьянству.

Спонтанно возникавшее патологическое влечение к алкоголю зарегистрировано у 100% (n=25) пациентов. Оно реализовывалось без борьбы мотивов в 44% (n=11) случаев. Реализация влечения, сопровождавшаяся борьбой мотивов, отмечалась в 32% (n=8). Борьба мотивов без реализации - в 24% (n=6). Ситуационно возникающее влечение к спиртному наблюдалось в 76% (n=19); с борьбой мотивов – в 28% (n=7), без борьбы мотивов - в 48% (n=12). «Уход от проблем», как мотив алкоголизации, зарегистрирован в 72% (n=18) случаев; «для снятия напряжения, после работы» пили 68% (n=17) больных; «после конфликтов и стрессов» - 68% (n=17); чтобы «убить время» - 52% (n=13); «пил как все» - в 48% (n=12); «без видимых причин из-за

появления тяги к спиртному» - в 28% (n=7); «испытать опьянение, эйфорию» - 88,0% (n=22); «для аппетита» - 12% (n=3).

У 72% (n=18) пациентов влечение обострялось, якобы, на фоне конфликтных ситуаций на работе и дома, после упреков, неудач, что сопровождалось появлением раздражительности, внутреннего напряжения, неопределенного дискомфорта, «недопонимания из-за чего произошла ссора». Некоторые больные 36% (n=9) говорили о появлении патологического влечения на фоне усталости, нарастающей «внутренней напряженности. Немногие пациенты 20% (n=5) говорили об обострении влечения без изменения состояния и настроения («зашел в магазин, почему бы не взять?»). Они были уверены, что в дальнейшем «на этом» смогут остановиться. Со слов больных, интенсивность влечения к алкоголю уменьшали прием пищи - 84% (n=21); осознание необходимости выполнить запланированный объем работы - 72% (n=18); настойчивое стремление получить желаемое (в т.ч. мотоцикл, машину, перспективную работу) - 44% (n=11).

Все пациенты, по мере развития заболевания, отмечали изменение характера опьянения по сравнению с начальным этапом формирования зависимости. Вместе с наличием эйфорических форм опьянения у 84% (n=21), дисфорию с раздражительностью описывали 88% (n=22); седативное действие - 80% (n=20); дисфорию с агрессией - 52% (n=13); с дурашливостью - 44% (n=11); с неправильными формами поведения - 36% (n=9); с аутизмом - 20% (n=5). В 100% случаев после опьянения отмечались алкогольные палимпсесты. Указания на перинатальную патологию, неоднократные травмы головного мозга, текущие сосудистые заболевания отмечались у 52% (n=13) больных. В этом случае опьянение отличалось последующей тотальной амнезией, что зависело также от количества выпитого алкоголя.

Структура синдрома отмены алкоголя была представлена совокупностью соматических, неврологических и психопатологических расстройств. Длительность СОА колебалась от 3-х до 7-ми ($3,3 \pm 1,02$) суток.

Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от давности алкоголизации, длительности предшествующего запоя, суточной дозы потребляемого алкоголя, а также, от наличия сопутствующей соматической (связанной, в первую очередь, с последствиями алкоголизации) и неврологической (чаще с указаниями на неоднократные ЧМТ) патологии.

Таблица 29.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с ограниченными чертами и в контрольной группах больных (в днях)

Симптомы	Ограниченные	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	2,1±0,54	2,43±0,21	0,53159	891,0
пониженное настроение	1,4±0,94	3,22±0,42	0,00004	372,0**
влечение к алкоголю	2,7±0,61	2,54±0,59	0,54863	858,0
нарушение засыпания	1,9±0,47	2,73±0,41	0,19646	634,5
поверхостный сон	2,9±0,48	2,54±0,95	0,44837	725,0
тремор	5,0±0,16	3,83±0,4	0,00004	352,5**
атаксия в п.Ромберга	4,5±0,09	3,62±0,49	0,02453	571,0*
тахикардия	3,4±0,63	3,22±0,61	0,40245	739,5
повышение АД	3,3±0,32	2,71±0,85	0,13652	642,0
пониженный аппетит	2,3±0,42	2,24±0,7	0,87946	934,0
жажда	2,3±0,95	1,92±0,6	0,65421	856,0
потливость	3,1±0,58	3,63±1,2	0,24733	625,5
число больных	25	140		

Сравнение скорости убывания основных симптомов СОА с помощью U-критерия Манна-Уитни показало, что в группе лиц с *аструктурными* характерологическими акцентуациями по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* достоверно быстрее устраняется пониженное настроение (1,4±0,94 и 3,2±0,4, p=0,00004 соотв.). Достоверно дольше, по сравнению с *контрольной группой I (алк.)*, у *аструктурных* сохраняются неврологические нарушения в

структуре СОА, в первую очередь, тремор ($5,0 \pm 0,16$ и $3,8 \pm 0,2$, $p=0,00004$ соотв.) и атаксия в позе Ромберга ($4,5 \pm 0,09$ и $3,6 \pm 0,2$, $p=0,02453$ соотв.).

В структуре СОА тревожные проявления отмечали 36% ($n=9$) больных, описывая это как опасения, что с ними может что-то случиться (в т.ч. страх переходить дорогу, спускаться в метро, опасения возобновления пьянства с возможными социальными последствиями); сниженное настроение с самообвинением и самобичеванием, упреками в свой адрес за невоздержанность в потреблении спиртного отмечали 60% ($n=15$) больных. Однако, следует подчеркнуть, что все без исключения больные говорили о кратковременности («в течение нескольких часов») наличия упреков в свой адрес, а 3 (12%) из них признались, что это возникало ранее и в последнее время отсутствует. Нежелание общаться со стремлением остаться в одиночестве, «чтоб не мешали» отмечали 100% ($n=25$) больных; апатию «апатия к окружающему», «ни с кем разговаривать не хочется», «хочется похмелиться и все...» описывали 88% ($n=22$) больных. Раздражительность, склонность к вербальной агрессии, дисфорию, в т.ч. с ощущением недовольства собой, желание «чтобы все оставили в покое» отмечали 100% ($n=25$) больных; угнетенность с общим дискомфортом – 100% ($n=25$) больных. У 12% ($n=3$) ранее возникали генерализованные судорожные припадки в структуре СОА. У 4 (16%) больных в прошлом возникали психотические состояния – 2 абортивных делирия и 2 случая зрительного галлюциноза.

Следует подчеркнуть связь соматической отягощенности, обусловленной длительностью злоупотребления спиртными напитками, с возрастом пациентов. Преобладающий молодой возраст пациентов этой группы и относительно недлительный «стаж» заболевания не позволил выявить достоверные различия, по сравнению с контрольной группой, в отношении длительности существования сомато-вегетативных проявлений СОА.

Из 25 пациентов этой группы 52% (n=13) для проведения стационарного лечения обратились впервые, 48% (n=12) из них имели неоднократный опыт общения с наркологами, в т.ч. лечились стационарно в других наркологических и психиатрических клиниках. 36% (n=9) пациентов отмечали невозможность самостоятельного прекращения употребления спиртного, поэтому постоянно прибегали к помощи наркологов (стационарирование в лечебные учреждения, купирование СОА на дому). Самостоятельно постепенно снижали суточную дозу алкоголя с целью прекращения пьянства 64% (n=16) больных. Отличительной особенностью данной группы является полное отсутствие спонтанных ремиссий как среди лиц, впервые обратившихся за помощью, так и среди тех, кто уже неоднократно проходил стационарное лечение. Максимальные по длительности светлые промежутки между запоями не превышали 3-4 месяцев. По длительности наблюдения в специализированных учреждениях (данные катамнеза) больные распределились следующим образом: до 3 лет - 20% (n=5); до 5 лет - 8% (n=2); до 10 лет - 12% (n=3); до 15 лет - 8% (n=2). Ремиссионный тип течения алкоголизма отмечен в 20% (n=5) случаев. Длительность терапевтических ремиссий измерялась сроком от 1 года до 3,5 лет, однако, с тенденцией к сокращению сроков трезвости после повторных госпитализаций. Безремиссионное течение зафиксировано в 28% (n=7) случаев. Несмотря на согласие пациентов на проведение лечебных мероприятий, в т.ч. опосредованных психотерапевтических методик, направленных на полный отказ от алкоголизации, длительность воздержания от приема алкоголя не превышала 3-8 месяцев и была короче ранее оговоренных сроков воздержания. Несмотря на личностные особенности сохранялась частичная критика к состоянию, с осознанием реально сложившейся ситуации. Декларативные заявления о необходимости полной трезвости, готовности следовать врачебным рекомендациям присутствовали у 92% (n=23) больных. Чаще всего, обращение за помощью в МНИИП осуществлялось по инициативе семьи при наличии согласия больного на

лечение – 100% (n=25). Мотивы госпитализации: «необходимость осуществить грандиозные планы», в т.ч. устроиться на «хорошую работу», получить «обещанную машину» назвали 36% (n=9) больных; претензии на работе, угроза увольнения являлись причиной госпитализации у 28% (n=7) больных; «по примеру и совету» одного из авторитетных знакомых стационарировались 20% (n=5) больных. Многие из них объясняли отсутствие ранее необходимости обращения за помощью отсутствием целей и интересов, «не считал нужным». Не считали себя больными алкоголизмом, категорически отказывались от проведения опосредованных психотерапевтических методик, направленных на полный отказ от потребления спиртного, оправдывая это тем, что у них «много друзей, которые кодировались и пьют», «если в голове нет осознания – все бесполезно» - 16% (n=4) больных. Все эти больные, несмотря на массивную рациональную психотерапию, направленную на осознание болезни, и неоднократные врачебные разъяснения высказывали установку «в дальнейшем употреблять спиртное контролируемо». При этом оставались формальными, отстраненными, откровенно скучали и зевали во время беседы с врачом, занимали пассивную позицию в отношении лечения, настаивали на скорейшей выписке из отделения, т.к. «делать здесь нечего». На госпитализацию соглашались только с целью прерывания запоя, проведения курса детоксикации, «очищения» и, в перспективе, соглашались только на курсовой прием сенсibiliзирующей к алкоголю терапии (эспераль, колме, лидевин, антабус).

В конце курсового лечения 10 (40%) пациентов согласились на проведение внутримышечной имплантации препарата «пролонг», 9 (36%) больных - на проведение опосредованной психотерапевтической методики «торпедо» и 3 (12%) - на внутримышечные инъекции препарата «вивитрол» с установкой на полную трезвость. С целью уменьшения влечения к спиртному пятерым (20%) больным был также рекомендован курсовой прием антаксона.

У *аструктурных* на фоне длительной алкоголизации отмечено дальнейшее заострение личностных черт. Такие характеристики как бедность и скудность интересов, низкий творческий и эмоционально-волевой потенциал, «маргинальность» изначально присущи этой группе. За годы пьянства наблюдалось дальнейшее нарастание дефицитарных проявлений, появление благодушия или безразличия ко всему, кроме алкоголя. Эмоциональная вялость все чаще сочеталась с раздражительностью, появлявшейся и нарастающей дисфорией с агрессивностью и желанием «выпить». У некоторых больных с возрастом обнаруживалось алкогольное «оживление», когда речь заходила о спиртном, хотя до этого они были вялыми и тусклыми. Усиливались до автоматизации характерные алкогольные ужимки, отработанные неустанным повторением жесты. Наблюдалась выраженная *алкогольная психопатизация* с социальной декомпенсацией. Утяжелялись патологические черты характера с приступами злобы и раздражительности, возникали взрывы агрессивности (не только во время алкогольного опьянения, но и в состоянии трезвости). Отмечались навязчивая манера общения, откровенный цинизм или, наоборот, черты выраженной пассивности, безразличия с отсутствием побуждений к какой-либо деятельности, не связанной с потреблением алкоголя. Черты *выраженной деградации* – апатия, благодушие, беспечность, безразличие ко всему, неспособность к сопереживанию, отсутствие ответственности – характерны для этих лиц на этапе формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости. Исчезало чувство долга, утрачивалось значение этических норм поведения, прогрессировало нравственное снижение с утратой чувства стыда и критики к своему поведению, что, видимо, отражает наличие органического поражения различных отделов мозга (алкогольная энцефалопатия).

Таким образом, особенностями течения алкогольной зависимости у лиц, отнесенных к группе «аструктурные», являются следующие:

- а) быстро-прогредиентный темп формирования алкоголизма;

б) преимущественно запойный характер пьянства;

в) достаточно быстрое купирование психических и соматических проявлений СОА с более длительным исчезновением неврологической патологии (тремор, атаксия);

г) полное отсутствие спонтанных ремиссий, с одной стороны, и ремиссионное течение заболевания в результате терапевтического вмешательства, видимо, за счет повышенной внушаемости, с другой;

д) в результате длительной алкогольной интоксикации отмечается выраженная алкогольная психопатизация с социальной декомпенсацией (раздражительность, взрывы агрессивности, навязчивая манера поведения, откровенный цинизм), черты личностной деградации - апатия, благодушие, беспечность, выраженная пассивность, безразличие с отсутствием побуждений к какой-либо деятельности, не связанной с потреблением алкоголя, неспособность к сопереживанию, отсутствие ответственности, интеллектуально-мнестические расстройства.

ЦИКЛОИДЫ. Всего было обследовано 38 больных (12,3%) алкогольной зависимостью с циклоидными характерологическими акцентуациями. Среди них с преобладанием биполярных колебаний настроения - 44,7% (n=17); с преобладанием гипертимии – 31,6% (n=12); с преобладанием гипотимных аффективных колебаний – 23,7% (n=9).

Циклоиды с колебаниями настроения противоположной полярности отличались изменчивостью настроения, но отсутствием признаков эндогенности (отсутствие сезонной и суточной динамики, кратковременность и быстрая смена аффекта, отсутствие связи с нарушениями сна и аппетита). Не всегда их настроение менялось беспричинно, но поводы для изменения состояния были настолько незначительны, что сами больные, порой, не могли понять, почему им становится тоскливо даже в обществе, где они только что веселились и охотно шутили. Периоды веселости, открытости, жизнерадостности различной длительности могли сменяться грустью, пессимистическими высказываниями, стремлением к одиночеству или

гневливой раздражительностью, но никогда дело не доходило до уровня декомпенсации, не было снижения активности и работоспособности. *Циклоиды с преобладанием гипертимии* отличались активностью, общительностью, оптимистичными взглядами на будущее, активно занимались спортом, обладали хорошими способностями. Однако, отдельные представители отличались некоторой поверхностью и непостоянством. Вместе с этим, им были свойственны особая чувствительность, сентиментальность, обидчивость, наличие кратковременных периодов спонтанной, неглубокой подавленности. *Циклоиды с преобладанием гипотимии* отличались склонностью к постоянно пониженному настроению (дистимии). Их можно было охарактеризовать прирожденными пессимистами с повышенной чувствительностью к различным неприятностям. В большинстве случаев они были угрюмы, мрачны, малоразговорчивы. Однако, с теми, кто вызывал у них доверие и симпатию, могли быть веселыми и приветливыми. Доброта, отзывчивость, готовность в любое время помочь не только советом, но и делом, возможность активно и продуктивно работать, некоторая медлительность, которая выглядела как усидчивость, отличали представителей этой группы.

Не только возраст циклоидов - $46,8 \pm 6,1$ (31-67 лет), но и другие анамнестические данные в отношении формирования основных проявлений алкогольной зависимости, сопоставимы с показателями в *контрольной группе I* и в группах с другими акцентуациями характера. Распределение по возрастным группам следующее: 30-35 лет – 7,9% (n=3); 36-40 лет - 13,6% (n=5); 41-45 лет – 36,8% (n=14); 46-50 лет – 28,9% (n=11); 51-55 лет – 13,2% (n=5). *Преобладающий возраст пациентов – от 41 до 45 лет.*

Возраст первого знакомства со спиртными напитками сопоставим с аналогичным возрастом в других группах общей выборки, и, в среднем, составляет – $17,0 \pm 1,3$ (14-18 лет). В возрасте до 14 лет первых проб алкоголя в этой группе не зарегистрировано. Впервые попробовали алкоголь в

возрасте от 14 до 16 ($15,2 \pm 0,06$) лет – 39,5% ($n=15$); в возрасте 16-18 ($17,1 \pm 0,03$) лет – 60,5% ($n=23$).

Мотивами, побуждавшими к первому употреблению спиртного, в большинстве случаев являлись обычаи и правила отмечать значимые даты и события (окончание школы, училища, дни рождения, свадьбы и, в первую очередь – совершеннолетие, различные всенародные праздники), «наличие хорошей компании, девчат». Ритуальный характер первого знакомства со спиртным отмечен в 86,8% ($n=33$) случаев; «исследовательский» характер («за компанию», «из-за любопытства») – в 13,2% ($n=5$). В компании сверстников отмечались первые пробы алкоголя у 81,6% ($n=31$) больных; в компании старших по возрасту – у 5,3% ($n=2$); в кругу семьи – у 13,1% ($n=5$). Чаще всего знакомились со спиртным, употребляя некрепкие напитки, в основном, вино и шампанское в кругу друзей в дозе до 200-250 мл, отмечая дни рождения, являясь участниками выпускных вечеров и свадебных торжеств. Из любопытства «что это такое?» за семейным столом пробовали домашние вина.

О приятных воспоминаниях, связанных с первым знакомством со спиртным, состоянии эйфории, легком опьянении сообщили 71,1% ($n=27$) больных. Безразличные воспоминания остались у 21,1% ($n=8$) больных. Неприятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным остались у 3 (7,8%) пациентов, употребивших водку ($n=2$) и самогон ($n=1$) с возникновением рвоты и последующей сонливостью.

Средний возраст начала систематического употребления спиртного сопоставим с возрастом начала систематической алкоголизации в контрольной группе I ($28,1 \pm 3,8$ (25-30) лет) и составляет – $28,6 \pm 3,3$ (24-31) лет. Чаще всего начало систематической алкоголизации *циклоиды* объясняли необходимостью испытать опьянение, эйфорию – 97,4% ($n=37$); «для снятия напряжения» – 100% ($n=38$); для устранения «усталости» – 76,3% ($n=29$). После конфликтов и «стрессов» употребляли алкоголь 81,6% ($n=31$) больных; для повышения настроения – 68,4% ($n=26$); из-за стремления к

группированию («поддержать коллектив», «из-за легкого доступа к спирту, т.к. все пили» - 76,3% (n=29). «Уход от проблем» отмечен у 57,9% (n=22); ритуальный характер употребления алкоголя - у 65,8% (n=25); с целью «убить время» пили 34,2% (n=13); «пил как все» - 31,6% (n=12); «чтобы быть деятельным, активным» - 18,4% (n=7). Нередко пили «без видимых причин, просто из-за появления тяги к спиртному» - 92,1% (n=35) больных.

Все 100% больных отмечают, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью и развязностью. О разговорчивости с чувством расслабления сообщили 81,6% (n=31) больных; дурашливости - 76,3% (n=29); сонливости - 15,8% (n=6); обидчивости - 13,2% (n=5). Рассказали об изменении характера опьянения по мере развития алкогольной зависимости 44,7% (n=17) больных. После кратковременной приятной фазы опьянения возникала выраженная седация у 58,8% (n=10) больных; раздражительность – у 35,3% (n=6); конфликтность с агрессивными тенденциями – у 17,7% (n=3). Другая половина - 55,3% (n=21) больных - утверждала, что и в настоящее время сохраняется начальный эффект опьянения, в т.ч. эйфория – у 85,7% (n=18); дурашливость – у 71,4% (n=15); седация – у 80,9% (n=17); разговорчивость с чувством расслабления – у 76,2% (n=16). Вместе с этим появились раздражительность – у 57,1% (n=12) больных; дисфория с агрессией – у 23,8% (n=5); выраженная седация – у 23,8% (n=5); подавленность с плаксивостью – у 33,3% (n=7); недовольство окружающим с замкнутостью и отгороженностью – у 19,0% (n=4).

Длительность СОА в среднем составляла 3-5 ($3,7 \pm 0,03$) суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от давности алкоголизации, длительности предшествующего запоя и суточной дозы потребляемого алкоголя. В сравнении с *контрольной группой I*, динамика убывания 12 основных сомато-вегетативных и психоневрологических проявлений похмельного синдрома абсолютно сопоставима.

Таблица 30.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с циклоидными чертами и в контрольной I (алк.) группах больных
(в днях)

Симптомы	Циклоиды	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	2,1±1,03	2,43±0,21	0,69465	827,0
пониженное настроение	3,6±0,64	3,22±0,42	0,26458	687,5
влечение к алкоголю	2,4±0,45	2,54±0,59	0,84863	921,0
нарушение засыпания	3,5±0,38	2,73±0,41	0,02394	570,5*
поверхостный сон	3,3±0,34	2,54±0,95	0,02863	573,0*
тремор	3,4±0,62	3,83±0,4	0,23647	653,0
атаксия в п.Ромберга	3,1±0,5	3,62±0,49	0,27493	671,0
тахикардия	2,7±0,95	3,22±0,61	0,41132	694,5
повышение АД	3,1±0,28	2,71±0,85	0,53462	739,5
пониженный аппетит	2,5±0,53	2,24±0,7	0,49537	701,0
жажда	2,1±0,26	1,92±0,6	0,48354	703,5
потливость	4,2±1,03	3,63±1,2	0,24351	654,5
число больных	38	140		

Достоверно позже, по сравнению с *контрольной группой I (алк.)*, у циклоидов редуцируются нарушения сна, такие как нарушения засыпания (3,5±0,38 и 2,7±0,41; p=0,02394 соотв.) и поверхностный ночной сон (3,3±0,34 и 2,5±0,95; p=0,02863 соотв.).

В структуре СОА, в отличие от других групп, встречалось все разнообразие аффективных нарушений с преобладанием тех или иных расстройств. Тревожные проявления с опасениями за свое состояние и выраженным влечением к спиртному отмечали 81,6% (n=31) больных; апатию - 86,8% (n=33); тоску - 78,9% (n=30); замкнутость, отгороженность с желанием «чтобы все оставили в покое» - 100% (n=38); раздражительность, «нервозность», дисфорию - 84,2% (n=32); сниженное настроение с самообвинением и самобичеванием, упреками в свой адрес - 89,5% (n=34); угнетенность с общим дискомфортом - 100% (n=33); сенситивные идеи

отношения - 52,6% (n=20); обострение ипохондрических расстройств - 23,7% (n=9).

Возраст формирования СОА, т.е. средней (второй) стадии алкогольной зависимости, составлял $35,9 \pm 4,1$ (29-40) лет. Этот показатель абсолютно сопоставим (нет статистических различий) с показателем в *контрольной группе I (алк.)* - $35,6 \pm 3,8$ (32-43). Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования была следующей: до 5 лет – 13,2% (n=5); от 6 до 10 лет – 39,5% (n=15); от 11 до 20 лет – 42,1% (n=16); свыше 20 лет – 5,3% (n=2). Таким образом, темп формирования алкоголизма у больных с циклоидными чертами характера следующий: от 5 до 10 лет – у 23,7% (n=9) больных; от 11 до 15 лет – у 42,1% (n=16); свыше 15 лет – у 34,2% (n=13). Больных, с быстротой формирования СОА от начала систематической алкоголизации в пределах 5 лет, не отмечено. Следовательно, больным алкоголизмом с циклоидными характерологическими акцентуациями свойственен, в основном, *малопрогрессирующий* темп формирования алкогольной зависимости ($12,6 \pm 3,1$ лет).

Впервые обратились за стационарной медицинской помощью – 44,7% (n=17) больных. Неоднократно обращались за стационарной помощью 55,3% (n=21). Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические и психиатрические стационары г. Москвы. Кратность госпитализаций от 1 до 3 раз зафиксирована у 42,1% (n=16); от 4 до 6 - у 7,9% (n=3); свыше 6-ти у 5,3% (n=2). Среди больных, впервые обратившихся за помощью в стационар МНИИП, спонтанные ремиссии длительностью от 1 до 1,5 ($1,3 \pm 0,08$) лет зафиксированы у 3 больных (7,9%) («можно кайфовать и трезвым»). У больных, которые повторно обращались за стационарной помощью, спонтанных ремиссий не было, лишь 28,9% (n=11) говорили о недлительных - от 2 до 4-х месяцев - периодах воздержания. Тем не менее, терапевтические ремиссии, возникавшие, в т.ч. после использования опосредованных психотерапевтических эмоционально-стрессовых методик типа «кодирование», «эспераль», «торпедо»,

длительностью от 1 до 5 ($2,8 \pm 0,5$) лет, наблюдались у 47,4% (n=18) больных. Безремиссионное течение, несмотря на различные виды помощи, с периодами воздержания до 2 месяцев отмечено у 10,5% (n=4) больных.

Все больные обращались за помощью «самостоятельно», акцентируя на этом внимание врача, при этом причиной госпитализации, в т.ч. инициативу семьи, называли 76,3% (n=29); «по примеру одного из авторитетных людей», в т.ч. бывших пациентов, успешно прошедших лечение в МНИИП – 65,8 % (n=25); «необходимость осуществить грандиозные планы» - 18,4 % (n=7); неприятности, связанные с пьянством (в т.ч. ДТП, контакты с милицией, угроза увольнения) – 13,2 % (n=5); «осознание реальной алкогольной ситуации» - 94,7 % (n=36). Полную критику к состоянию и заболеванию, с признанием признаков алкогольной зависимости, осознанием невозможности контролируемого пьянства («думал сам справиться, а не получается», «ради памяти дочери я должен завязать с этим»), установкой на полную трезвость демонстрировали 39,5% (n=15); частичную критику, с признанием наличия большинства симптомов заболевания, но сомневающихся в невозможности «пить умеренно» или, наоборот, не признающих себя больными, но реально осознающие необходимость полной трезвости «сила воли, вроде есть, а остановиться не могу» (опасениями оказаться «белой вороной», прослыть «засланным казачком») с установкой на отказ от приема спиртного декларировали 31,6% (n=12); отсутствие критики к состоянию («20-30 гр коньяка для вкуса в кофе не навредит») зарегистрировано у 28,9% (n=11). Несмотря на проводимую рациональную психотерапию, у таких больных отсутствовала мотивация к абсолютно трезвой жизни, они не были настроены на полный отказ от алкоголя, категорически отказывались от проведения эмоционально-стрессовых методик («не считаю себя больным алкоголизмом, обожаю быть трезвым и заставляю себя выпить на фоне неких обстоятельств», «знаю опыт знакомого врача, который умеет пить по чуть-чуть, хотя и лечился»). Такие пациенты обращали на себя внимание определенной незрелостью суждений, скудностью интересов, отсутствием

тенденции к продуманным, планомерным действиям. Часто присутствовали ссылки на свою силу воли, понимание проблемы после проведенной психотерапевтической работы и желание поменять круг общения. «Раньше не мог отказаться от предложения выпить, а теперь уеду в деревню и сам не буду там пить». Были также декларативные заявления типа «изменения в моей печени и так не позволят мне пить достаточно долго».

В конце курсового лечения в терапии 28,9% (n=11) больных использовалась опосредованная психотерапевтическая методика в/м имплантации «пролонг», у 10,5% (n=4) - опосредованная эмоционально-стрессовая в/в методика «торпедо» и у 7,9% (n=3) - «кодирование» с условно-оговоренным сроком воздержания от употребления спиртного от 1 до 3 лет и твердой установкой на полную трезвость. На курсовое лечение препаратом вивитрол были настроены 13,2% (n=5) больных. Остальные пациенты – 39,5% (n=15) - были выписаны с рекомендациями приема поддерживающей терапии, в т.ч. препаратов антаксон, лидевин, или колме.

За годы злоупотребления спиртным заострение характерологических особенностей отметили 57,9% (n=22) больных, в т.ч. усиление депрессивных проявлений - 36,8% (n=14); мнительности - 18,4% (n=7), замкнутости - 13,2% (n=5). Появление и усиление проявлений психоорганического синдрома с элементами слабодушия, жалобами на снижение памяти, в первую очередь, на запоминание объема новой информации и трудности концентрации внимания с астенизацией, зафиксированы у 65,8% (n=25) больных. Черты органической психопатизации с раздражительностью, вспыльчивостью, склонностью к агрессивным вспышкам на вербальном уровне отмечены у 55,3% (n=21) больных, снижение и утрата интересов – у 60,5% (n=23).

ШИЗОИДЫ. Обследовано 33 больных (10,6%) алкоголизмом с шизоидными характерологическими акцентуациями. Среди них с преобладанием аффективных колебаний - 45,5% (n=15), с преобладанием паранойяльных черт – 33,3% (n=11), сенситивных – 21,2% (n=7).

Всех больных с шизоидной акцентуацией отличали такие характерологические черты как интравертированность, замкнутость, мрачноватость, эмоциональная незрелость, некий эгоцентризм, парадоксальность эмоций и поведения, своеобразие интересов, ригидность, упрямство, капризность, тенденция к резонерству. Им было присуще внешнее безразличие к окружающим людям, отсутствие интереса к ним, плохое понимание эмоционального состояния других людей, их переживаний, неспособность сочувствовать. Пациенты, особенно вначале, неохотно шли на контакт, держались настороженно, в большинстве случаев холодно и формально. У большинства из них (n=15, 45,5%) отмечалась *склонность к аффективным колебаниям*, в основном, к появлению эпизодов пониженного настроения с мрачностью, угрюмостью, тоскливой подавленностью, стремлением к одиночеству. Однако, при этом они охотно играли в настольные игры (бильярд, теннис, шахматы, нарды), активно и увлеченно исполняли профессиональные заказы (писали сценарии, делали наброски и эскизы к иллюстрациям книг, рисовали мелом и красками...). *Паранойяльных шизоидов* отличали формальность, недоверчивость, подозрительность, склонность перепроверять слова врача (консультации с другими специалистами, поиск информации в интернете, обращение только к авторитетным и известным специалистам), эгоизм и чрезмерное самомнение, собственная незыблемая позиция по большинству вопросов с кривой логикой. *Сензитивные шизоиды* отличались слабой волей, ранимостью, тонкой душевной организацией, чувствительностью, некой астенизацией. Вышеуказанные характеристики в той или иной мере были свойственны всем представителям группы «шизоиды», но у этих лиц они были наиболее выражены. Многие пациенты, несмотря на наличие высшего специального образования, были неплохо адаптированы в сферах деятельности, не соответствующих уровню полученного образования, могли работать водителями и охранниками. Получив диплом юриста, работали

телеоператорами, менеджерами, объясняя это тем, что «образование было лишь дань моде».

По сравнению с *контрольной группой I* ($46,8 \pm 6,1$ (31-67 лет)) шизоиды достоверно моложе ($38,7 \pm 5,1$ (35-50) лет, $p=0,0042$). Однако, по всем остальным анамнестическим данным, касающимся формирования основных симптомов зависимости, эти группы сопоставимы. Распределение по возрастным группам следующее: 30-35 лет – 12,1% (n=4); 36-40 лет – 39,4% (n=13); 41-45 лет – 30,3% (n=10); 46-50 лет – 18,2% (n=6). *Преобладающий возраст пациентов – от 36 до 40 лет.*

Средний возраст первого знакомства со спиртными напитками сопоставим с аналогичным возрастом у представителей других групп, в т.ч. с *контрольной I (алк.)*, и, в среднем, составляет – $17,7 \pm 1,4$ (14-19 лет). Несмотря на достаточно большую по размеру выборку, первое употребление спиртного происходило несколько позже, чем у представителей других групп. Впервые попробовали алкоголь – в возрасте 14-15 ($14,5 \pm 0,03$) лет – 15,2% (n=5) больных; в возрасте 16-17 ($16,6 \pm 0,02$) лет – 60,6% (n=20) и в возрасте 18-19 ($18,4 \pm 0,03$) лет – 24,2% (n=8). Ритуальный характер первого знакомства со спиртным («радостное возбуждение в связи с окончанием школы», «первая зарплата») отмечен в 51,5% (n=17) случаев; «исследовательский» характер («за компанию») - в 27,3% (n=9); с целью облегчения контактов («снятия напряжения») – в 21,2% (n=7). В компании сверстников, в т.ч. в период службы в рядах вооруженных сил, начинали впервые употреблять алкоголь 81,8% (n=27) больных; в компании старших по возрасту, в т.ч. следуя производственным традициям – 9,1% (n=3); в кругу семьи – 9,1% (n=3).

Приятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным при употреблении, в основном, вина в дозе не более 150-200 мл, состоянии эйфории, легком опьянении сохранили 60,6% (n=20) больных. Безразличные воспоминания остались у 27,3% (n=9). Неприятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным остались у 4 (12,1%) пациентов, употреблявших

вино или портвейн в дозе, превышающей 350 мл, с возникновением вначале эйфорического опьянения, а затем появлением рвоты с последующей сонливостью.

Средний возраст начала систематического злоупотребления алкоголем у пациентов с шизоидными чертами характера сопоставим с возрастом начала систематической алкоголизации большинства представителей других групп, а также, с возрастом больных контрольной группы, и составляет – $27,3 \pm 3,5$ (22-35) лет (контрольная группа I (алк.) - $28,6 \pm 3,3$ (24-31)). До 25 лет начали систематически злоупотреблять спиртным 18,2% (n=6); с 25 до 30 лет – 66,7% (n=22); после 30 лет - 15,2% (n=5). Основную группу составляют пациенты с началом систематического пьянства в возрасте от 25 до 30 лет.

Чаще всего начало систематической алкоголизации *шизоиды* объясняли желанием испытать опьянение – 93,9% (n=31); для снятия напряжения систематически употребляли алкоголь 100% (n=33); для повышения настроения - 84,8% (n=28); подражали сверстникам 90,9% (n=30). Выпивали из-за стремления к группированию 69,7% (n=23) обследованных; с целью облегчения контактов - 100% (n=33); с целью «убить время» 45,5% (n=15). Ритуальный характер потребления спиртного назвали всего лишь 27,3% (n=9) больных. Поводом к возобновлению пьянства на этапе средней (второй) стадии алкогольной зависимости были названы практически те же мотивы - необходимость испытать опьянение - 100% (n=33); для устранения напряжения систематически употребляли алкоголь 100% (n=33); для повышения настроения - 100% (n=33); «для поддержания активности» 51,5% (n=17); из-за стремления к группированию 63,6% (n=21); с целью облегчения контактов - 100% (n=33); с целью «убить время» - 15,1% (n=5). Ритуальный характер приема алкоголя отметили 9,1% (n=3) больных; «без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному» констатировали 100% (n=33) больных.

Все 100% больных из группы шизоидов отмечали, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, разговорчивостью с

чувством расслабления. О развязности и дурашливости говорили 57,6% (n=19) пациентов, об обидчивости - 21,2% (n=7) больных. Предпочтение отдавали пиву, алкогольным коктейлям, водке, редко винам в дозе до 400-500 мл. в пересчете на крепкие спиртные напитки.

Возраст формирования СОА составлял $37,3 \pm 5,6$ (32-45) лет. По сравнению с *контрольной группой I (алк.)* - $35,6 \pm 3,8$ (32-43) лет, возраст *шизоидов* немного старше, но различия не достигают степени статистической значимости. Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования следующей: до 5 лет – у 21,2% (n=7); от 6 до 10 лет – у 45,5% (n=15); от 11 до 20 лет – у 24,2% (n=8); свыше 20 лет – у 9,1% (n=3). Таким образом, принимая во внимание возраст начала систематической алкоголизации, темп формирования алкогольной зависимости у больных с шизоидными чертами характера следующий: от 5 до 10 лет – у 33,3% (n=11); от 11 до 15 лет – у 51,5% (n=17); свыше 15 лет – у 15,2% (n=5). Скорости формирования СОА с момента начала систематической алкоголизации в срок до 5 лет среди больных данной группы не было. Следовательно, больным алкоголизмом с шизоидными характерологическими акцентуациями свойственен *медленно- и средне-прогредиентный* темп формирования алкоголизма ($11,0 \pm 3,9$ лет).

Пьянство у большинства больных (90,9%; n=30) этой группы носило *запойный характер*. Характеризовалось периодическим многодневным потреблением - от 3 до 14 ($7,5 \pm 2,4$) дней спиртного и относительным постоянством ежедневно принимаемых дозировок - от 0,5 до 1,5 ($0,8 \pm 0,05$) л водки или других крепких спиртных напитков, интенсивно выраженными соматоневрологическими проявлениями СОА, перерывами в потреблении алкоголя, обусловленными как различными внешними обстоятельствами (псевдозапой), так и «насыщением», исчезновением патологического влечения к спиртному и плохим, в первую очередь, физическим самочувствием (истинные запои), снижением толерантности к спиртному в конце запоя. В 100% (n=30) случаев истинные запои могли чередоваться с

псевдозапоями, когда прекращение пьянства было связано с необходимостью выхода на работу, а также с конфликтами в семье или на работе. У 9,1% (n=3) пациентов отмечался *смешанный тип пьянства* – возникновение на фоне ежедневного потребления небольших или умеренных дозировок алкоголя (250-450 мл крепких спиртных напитков на неделе) периодов с увеличением доз спиртного (до 0,5-0,7 л водки в выходные), появлением или утяжелением проявлений абстинентного синдрома. У этих же пациентов иногда наблюдались периоды относительно недлительных (до 5-7 дней) запоев, с последующим полным прекращением потребления алкоголя. Тяжесть проявлений СОА зависела от суточных дозировок спиртного и длительности предшествовавшего запоя. С возрастом нарастала тенденция к увеличению длительности запоев и сокращению длительности «светлых» промежутков. Усиление массивности пьянства больные связывали с безответственностью после развода, а также желанием уйти от определенной ситуации – «отключаюсь», «в голове все работа крутится, а тут проблемы - на второй план и все замечательно!». Возобновление пьянства в 100% (n=33) случаев было связано с обострением первичного патологического влечения к алкоголю. Изменение настроения перед экцессом отмечали 87,9% (n=29) больных, причем 31,0% (n=9) больных говорили о кратковременной гиперактивности перед запоем, ощущении «расширения рамок дозволенного». Это состояние могло смениться раздражительностью и недовольством, связанным с незначительными конфликтными ситуациями в семье или на работе. Ситуационный характер возобновления пьянства (в т.ч. в связи с окончанием выполненного объема работ, с целью «снятия стресса», «синдромом пятницы», стремлением «расслабиться» - «предлагают, почему бы и не выпить») назвали 36,4% (n=12) больных. Непреодолимое влечение без борьбы мотивов зафиксировано у 100% (n=33) больных. Первичное патологическое влечение с борьбой мотивов, но без возможности его преодоления, отмечалось у 63,6% (n=21) больных, «привык жить один и ничего менять не хочу».

Подавляющее большинство пациентов (93,9%; n=31) по мере развития заболевания отмечали изменение характера опьянения, по сравнению с начальными формами. Чаще всего – 75,8% (n=25) больных, отмечали дурашливость, 48,5% (n=16) - возбуждение с агрессией; 36,4% (n=12) обнаруживали аутистические проявления; у 30,3% (n=10) больных опьянение сопровождалось обидчивостью и подозрительностью; явления слабодушия отмечены у 24,2% (n=8). И лишь 6,1% (n=2) больных сами не смогли отметить изменения опьянения по мере развития заболевания, хотя родственники сообщали о «дурашливости и неадекватности», связанных с недоучетом ситуации. В 100% случаев после опьянения отмечались алкогольные палимпсесты, но не было тотальных амнезий.

Длительность СОА в среднем составляла 3-5 ($3,85 \pm 0,42$) суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от стажа алкоголизации, длительности предшествовавшего запоя и суточной дозы потребляемого алкоголя.

Таблица 31.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с шизоидной акцентуацией и в контрольной группе I (алк.) (в днях)

Симптомы	Шизоиды	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	2,1±0,23	2,43±0,21	0,34127	701,0
пониженное настроение	4,8±0,53	3,22±0,42	0,00014	426,5
влечение к алкоголю	2,2±0,5	2,54±0,59	0,36582	703,0
нарушение засыпания	2,5±0,64	2,73±0,41	0,53421	795,5
поверхостный сон	2,8±0,91	2,54±0,95	0,36742	704,5
тремор	2,7±0,38	3,83±0,4	0,03524	576,0
атаксия в п.Ромберга	3,4±0,41	3,62±0,49	0,24236	769,5
тахикардия	3,3±0,2	3,22±0,61	0,76497	832,0
повышение АД	2,3±0,69	2,71±0,85	0,23112	657,0
пониженный аппетит	2,8±0,36	2,24±0,7	0,21132	641,5

жажда	2,3±0,43	1,92±0,6	0,16348	637,0
потливость	3,3±0,57	3,63±1,2	0,35272	702,5
число больных	33	140		

Достоверно позже, по сравнению с контрольной группой I (алк.), у лиц с шизоидными чертами характера редуцируются аффективные нарушения, в первую очередь, пониженное настроение ($1,7\pm 0,7$ и $3,2\pm 0,4$, $p=0,00014$ соотв.). Быстрота исчезновения тревожных нарушений, объективной тревоги, а также соматических и неврологических проявлений СОА, сопоставима с таковой в контрольной группе I (алк.). Проведенное сравнение скорости убывания основных симптомов СОА по сравнению с их исчезновением в контрольной группе I (алк.) с помощью U-критерия Манна-Уитни показало, что в основной группе быстрее устраняются неврологические расстройства, в первую очередь, тремор ($2,7\pm 0,38$ и $3,8\pm 0,4$, $p=0,03524$ соотв.)

Во время СОА тревожные проявления с опасениями за свое состояние и выраженное влечение к спиртному отмечали 69,7% (n=23) больных; аутистические проявления со стремлением остаться в одиночестве, «чтобы все оставили в покое» - 100% (n=33); апатию – 72,7% (n=24); раздражительность, склонность к вербальной агрессии – 57,6% (n=19); подавленную тоскливость со слабодушием и склонностью к плаксивости - 39,4% (n=13); сниженное настроение с самообвинением и самобичеванием, упреками в свой адрес – 63,6% (n=21); дисфорию с недовольством окружающим и раздражительностью - 51,5% (n=17); угнетенность с общим дискомфортом – 100% (n=33). Таким образом, в структуре СОА у лиц с шизоидными чертами характера преобладающими расстройствами являются аффективные нарушения, характеризующиеся депрессивными проявлениями с повышенной чувствительностью, явлениями аутистической отгороженности, тревожными опасениями за свое состояние, отсутствием двигательной ажитации, заниженной самооценкой, которые существуют дольше, чем в контрольной группе I (алк.).

Впервые обратились за медицинской помощью – 21,2% (n=7) больных, причем у всех 100% (n=7) ранее не возникали спонтанные ремиссии. Неоднократно (от 1-го до 3-х раз) обращались за стационарной помощью 78,8% (n=26) больных. Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические и психиатрические стационары г. Москвы. Спонтанные ремиссии длительностью до 1 года возникали всего у 7,7% (n=2) больных. В большинстве случаев, т.е. у 92,3% (n=24), алкоголизм отличался ремиссионным течением, однако, медикаментозные ремиссии были недлительными и длились не более 1-2 ($1,3 \pm 0,06$) лет. Наблюдались периоды воздержания от приема спиртного длительностью от 3 до 9 месяцев. Безремиссионное течение зафиксировано у 7,7% (n=2) больных.

Акцентировали внимание врача на самостоятельном обращении за помощью 100% (n=33) больных, «все надоело и окружающие настаивают». Причиной обращения за помощью называли инициативу семьи 81,8% (n=27) больных; инициативу вышестоящего руководства - 27,3% (n=9); «осознание реальной алкогольной ситуации» - 48,5% (n=16); совет одного из авторитетных людей - 12,1% (n=4). Полную критику к состоянию и заболеванию, с признанием у себя признаков алкогольной зависимости и осознанием невозможности контролируемого пьянства, демонстрировали 15,2% (n=5); частичную критику, с признанием у себя наличия большинства симптомов заболевания, но сомневающихся в невозможности «пить умеренно», с установкой на недлительный отказ от приема спиртного обнаруживали 42,4% (n=14); отсутствие критики к состоянию зарегистрировано у 42,4% (n=14). В конце курсового лечения 27,3% (n=9) больных была проведена опосредованная психотерапевтическая методика внутримышечной имплантации препарата «пролонг» с условно-оговоренным сроком воздержания от употребления спиртного. 15,2% (n=5) лечились с использованием внутривенной методики «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от алкоголя в течение одного года. Остальные пациенты – 57,6% (n=19) были выписаны с рекомендациями проведения

поддерживающей терапии, в т.ч. с приемом антидепрессантов и нормотимиков в сочетании с препаратами антаксон, лидевин, или колме. Многим больным из группы шизоидов (84,8% (n=28)) с трудом давались самооценка и самоотчет. Некоторые из них (45,5% (n=15)) держались с выраженной переоценкой своих возможностей. В общении большинство пациентов (57,6%; n=19) обнаруживали пассивность, формальность, безучастность, незаинтересованность в обсуждении проблем зависимости от алкоголя, использовали психологические защитные механизмы в высказываниях типа «алкоголь обладает активизирующим действием», «под его влиянием по-другому идет процесс мышления и видения объективной картины мира», «Нострадамус не был бы Нострадамусом, если бы не употреблял ПАВ», «под влиянием спиртного рождались многие иллюстрации», «алкоголь помогает в творчестве». Многие начинали откровенно скучать во время беседы, неприкрыто зевать, говорили «ничего не понимаю из сказанного», тяготились пребыванием в отделении. Больные демонстрировали недоверчивость, подозрительность, обращались с просьбой дать письменные рекомендации, сверяли мнение специалиста с мнением авторитетных для них людей, обращались за информацией к научным справочникам и профессиональной литературе. Они имели «свою позицию» в отношении лечения, считали, что лекарственная терапия только ухудшает их самочувствие, т.к. «в голове нет ясности мышления». Категорически отказывались от проведения «радикальных» противоалкогольных методик, аргументируя это тем, что «много вынесли для себя из бесед», «хотя во многом» остаются не согласными с рекомендациями. Утверждали, что могут «справиться своими силами». Декларировали установку на полную трезвость «хотя бы на ближайшие 0,5 года».

За годы злоупотребления спиртным заострение характерологических особенностей обнаруживали 100% (n=33) больных, в т.ч. нарастание замкнутости - 51,5% (n=17); мнительности, подозрительности - 27,3% (n=9), депрессивных проявлений - 45,5% (n=15); появление и усиление черт

психопатизации с раздражительностью, вспыльчивостью, склонностью к агрессивным вспышкам, в основном, вербального уровня - 39,4% (n=13); проявления психоорганического синдрома с явлениями слабодушия, жалобами на снижение памяти и трудности концентрации внимания, астенизацию зафиксированы у 24,2% (n=8) больных.

АНАНКАСТНЫЕ. Всего было обследовано 36 больных (11,6%) алкогольной зависимостью с тревожно-ананкастными характерологическими акцентуациями.

Этих пациентов отличала повышенная тревожность, мнительность, склонность к постоянным опасениям за себя, близких людей, за будущее, склонность к постоянным сомнениям, чрезмерная поглощенность деталями. Несмотря на неуверенность в себе, неуверенность в правильности своих мыслей, поступков, стремлении все перепроверять, пациенты отличались способностью доводить начатое до совершенства. Отмечалась чрезмерная поглощенность деталями. Им были свойственны исполнительность, осторожность, ответственность, самокритичность, но, иногда робость и застенчивость. Характерны были чрезмерная скромность, совестливость, склонность к длительным мучительным сомнениям по поводу принятых решений, пунктуальность, педантизм.

Средний возраст больных - $41,4 \pm 5,3$ (28-54) года. Они были значительно моложе представителей контрольной группы I (алк.) - $46,8 \pm 6,1$ (31-67) лет. Однако, эта разница не достигала степени статистической значимости ($p < 0,0749$). Распределение по возрастным категориям следующее: 28-30 лет – 3 чел. (8,3%); 30-35 лет – 5 чел. (13,9%); 36-40 лет - 12 чел. (33,3%); 41-45 лет – 11 чел. (30,6%); 46-50 лет – 3 чел. (8,3%); 51-55 лет – 2 чел. (5,6%). Преобладающий возраст больных - *от 36 до 45 лет.*

Возраст первого знакомства со спиртными напитками – $16,9 \pm 0,7$ (16-18 лет), он сопоставим с аналогичным возрастом контрольной группы – $17,2 \pm 1,7$ (15-18 лет). В возрасте до 16 лет первых проб алкоголя в группе тревожно-

ананкастных не зарегистрировано. Никто из больных не пробовал спиртное до наступления неполного совершеннолетия.

Мотивами, побуждавшими первое употребление алкоголя, в большинстве случаев, являлся ритуальный характер приема спиртного, обычаи и правила «отмечать» значимые даты и события (окончание школы, училища, совершеннолетие). Ритуальный характер первого знакомства со спиртным отмечен в 100% (n=36) случаев; «исследовательский» характер («испытать новые ощущения», «узнать, что это такое», «запретный плод сладок») установлен в 63,9% (n=23). Большинство пациентов предпринимали первые пробы алкоголя в компании сверстников – 86,1% (n=31), и, лишь 13,9% (n=5) - в кругу семьи. Чаще употребляли некрепкие напитки, в основном, вино, ликеры, шампанское в дозе до 200-300 мл, отмечая дни рождения, являясь участником выпускных вечеров. Начали первые пробы с потребления водки 8,3% (n=3) больных.

Приятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным, состоянии эйфории, легком опьянении сохранили 30,6% (n=11) больных. Безразличные воспоминания остались у 50% (n=18). В основном описывали состояние сонливости. Неприятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным, связанные с дискомфортным состоянием возбуждения, остались у 19,4% (n=7). О приятном возбуждении, эйфории, последующей сонливости и рвоте сообщили 13,9% (n=5).

Средний возраст начала систематической алкоголизации немного моложе возраста начала систематической алкоголизации в контрольной группе I (алк.), но статистически сопоставим – $25,9 \pm 3,2$ (21-30) лет и $28,6 \pm 3,3$ (24-31) лет соответственно. Чаще всего начало систематического потребления спиртного и настоящую алкоголизацию *ананкастные* объясняли необходимостью испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение – 88,9% (n=32), «для снятия напряжения» систематически употребляли алкоголь 86,1% (n=31), для избавления от «тревоги» - 77,8% (n=28), после конфликтов и стрессов употребляли алкоголь 44,5% (n=16), ритуальный

характер потребления отметили 41,7% (n=15), с целью «убить время» - 27,8% (n=10), «чтобы быть деятельным, активным» - 11,1% (n=4) больных. Большинство больных отмечали, что патологическое влечение возникало ситуационно. Некоторые подчеркивали, что «раньше с пренебрежением смотрел на алкоголиков» и говорил себе и окружающим, что «я никогда пить не буду».

Все 100% больных этой группы отмечают, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, а также, разговорчивостью с чувством расслабления. О дурашливости сообщили 52,8% (n=19) больных; развязности - 66,7% (n=24); раздражительности - 22,2% (n=8); агрессивности - 16,7% (n=6); подозрительности - 11,1% (n=4). Все больные этой группы - 100% (n=36) - отметили изменение характера опьянения по мере развития алкогольной зависимости. После кратковременной приятной фазы опьянения, эйфории у 80,6% (n=29), дурашливости («с появлением новых креативных идей») - у 47,2% (n=17), разговорчивости с чувством расслабления - у 22,2% (n=8) возникала дисфория у 52,8% (n=19); раздражительность - у 91,7% (n=33); конфликтность с агрессивными тенденциями, неправильные формы поведения - у 38,9% (n=14); аутистические тенденции - у 8,3% (n=3) больных.

Спонтанно возникающее патологическое влечение к алкоголю зарегистрировано у 97,2% (n=35) пациентов: с реализацией без борьбы мотивов - в 14,3% (n=5) «для поправки жизни необходимо лекарство», «какие-то проблемы в жизни служат толчком»; с реализацией, сопровождающейся борьбой мотивов - в 85,7% (n=30); с борьбой мотивов без реализации - в 8,6% (n=3). Ситуационно возникающее влечение к спиртному отмечено у 100% (n=36) больных, с борьбой мотивов - у 58,3% (n=21), без борьбы мотивов у 41,7% (n=15). Мотивы потребления спиртного у *ананкастных* были следующие: «испытать опьянение, эйфорию» - 100% (n=36); повышение настроения - 91,7% (n=33); «для снятия напряжения» - 100% (n=36); «для снятия тревоги» - 91,7% (n=33); «для снятия усталости» -

69,4% (n=25); «после стрессов, конфликтов, ссор» - 77,8% (n=28); «быть деятельным, активным» - 80,6% (n=29); «ритуальное» - 91,7% (n=33); «уход от проблем» - 47,2% (n=17); «облегчение контактов» - 30,6% (n=11); «стремление к группированию» - 27,8% (n=10); «убить время» - 16,7% (n=6); «пил как все» - 8,3% (n=3); «без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному» - 97,2% (n=35).

Возраст формирования СОА, а, следовательно, формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости составил $33,3 \pm 3,2$ (25-41) лет. Этот возраст немного моложе, но абсолютно сопоставим (без тенденции к статистической значимости) с возрастом *контрольной группы I (алк.)* ($35,6 \pm 3,8$ (32-43), $p=0,2311$). Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования следующая: до 5 лет – у 27,8% (n=10); от 6 до 10 лет – у 28,9% (n=11); от 11 до 15 лет – у 25% (n=9); свыше 15 лет – у 16,7% (n=6). Темп формирования алкогольной зависимости у больных этой группы следующий: от 3 до 5 лет - у 33,3% (n=12); от 5 до 10 лет – у 41,7% (n=15); от 11 до 15 лет – у 19,4% (n=7); свыше 15 лет – у 5,6% (n=2). Таким образом, у большинства больных признаки средней (второй) стадии алкогольной зависимости с формированием СОА и переходом на запойные формы потребления алкоголя появлялись в промежутке от 5 до 10 лет систематической алкоголизации. Следовательно, для больных этой группы характерен *средне-прогредиентный* темп формирования алкоголизма ($8,08 \pm 2,9$ лет).

Длительность СОА в среднем составляла 3-7 суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от давности алкоголизации, длительности предшествующего запоя и суточной дозы потребляемого алкоголя. По сравнению с контрольной группой I (алк.) в динамике убывания 12 основных сомато-вегетативных и психоневрологических проявлений похмельного синдрома выявлены статистически достоверные различия.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с ананкастной акцентуацией и в контрольной группах больных (в днях)

Симптомы	Ананкастные	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	5,4±1,7	2,43±0,21	0,01345	587,5*
пониженное настроение	2,9±0,57	3,22±0,42	0,31427	697,0
влечение к алкоголю	1,9±0,82	2,54±0,59	0,39532	702,0
нарушение засыпания	3,8±0,39	2,73±0,41	0,02451	589,0*
поверхостный сон	3,4±0,48	2,54±0,95	0,02657	589,5*
тремор	4,9±0,14	3,83±0,4	0,01152	539,5*
атаксия в п.Ромберга	3,9±0,35	3,62±0,49	0,53124	742,5
тахикардия	4,6±0,32	3,22±0,61	0,00445	488,0**
повышение АД	4,8±0,12	2,71±0,85	0,00004	362,0**
пониженный аппетит	2,6±0,17	2,24±0,7	0,53642	745,5
жажда	2,3±0,38	1,92±0,6	0,64824	759,0
потливость	3,9±0,5	3,63±1,2	0,63725	751,0
число больных	36	140		

Проведенное сравнение скорости убывания основных симптомов СОА с помощью U-критерия Манна-Уитни показало, что в группе лиц с ананкастными характерологическими акцентуациями по сравнению с контрольной группой I (алк.) достоверно позже редуцируются следующие симптомы: тревога (5,4±1,7 и 2,4±0,2, p=0,01345 соотв.), нарушение засыпания (3,8±0,39 и 2,7±0,43, p=0,02451 соотв.), тремор (4,9±0,14 и 3,8±0,52, p=0,01152 соотв.), тахикардия (4,6±0,32 и 3,2±0,33, p=0,00445 соотв.) и повышение АД (4,8±0,12 и 2,7±0,18, p=0,00004).

В структуре СОА у больных с ананкастными характерологическими акцентуациями, в первую очередь, присутствовали тревожные проявления с опасениями за свое состояние и за будущее. Отмечалось выраженное влечение к спиртному, субъективное ощущение тревоги - у 91,7% (n=33); наличие апатии - у % 47,2 (n=17); тоска - у 50% (n=18); сниженное

настроение с самообвинением и самобичеванием, упреками в свой адрес – у 94,4% (n=34); аутистические проявления с желанием «чтобы все оставили в покое» - у 52,8% (n=19); раздражительность, дисфория – у 58,3% (n=21); угнетенность с общим дискомфортом – у 36,1% (n=13); обострение ипохондрических расстройств – у 25% (n=9). В анамнезе отсутствовали указания на алкогольные психозы и судорожные расстройства. Во время СОА больные держались напряженно, в большинстве случаев с элементами смущения, достаточно откровенно говорили о своем пьянстве без стремления его оправдать или завуалировать, испытывали чувство вины перед родственниками, были склонны предъявлять к себе претензии, активно искали помощи, были готовы «лечиться сколько нужно». Часто присутствовала тревожная неусидчивость, возникали повторяющиеся вегетативные кризы с повышением АД, тахикардией, ощущением тревоги, высказываниями опасений за свое здоровье. Однако, тревога не доходила до уровня панических атак. Несколько больных при описании тревожных состояний жаловались на наличие «кожно-мышечного зуда, начинающегося в конечностях и распространяющегося по телу», сообщали о чувстве «тяжести и сжимания в области сердца», сухости во рту, наличии «навязчивых мыслей и воспоминаний», связанных «с разрывом взаимоотношений с любимой женщиной», стремлении к поиску решений и выхода из сложившейся ситуации, «постоянным переживанием того, что все могло быть иначе». Другие говорили о неуверенности, опасениях выходить из дома в похмелье, стремлении не допускать ситуации нахождения в общественном транспорте, жаловались на необходимость «спускаться в метро», «страх умереть во сне».

Длительность наблюдения в наркологических учреждениях, в т.ч. при обращении за амбулаторной помощью и помощью с целью купирования запоя на дому – первичное обращение отмечалось у 19,4% (n=7) больных; до 3 лет – у 11,1% (n=4); до 5 лет – у 22,2% (n=8); до 10 лет – у 27,8% (n=10); до 15 лет – у 13,9% (n=5); более 15 лет – у 5,6% (n=2). Впервые обратились за

стационарной медицинской помощью 33,3% (n=12) больных. Неоднократно обращались за стационарной помощью 66,7% (n=24). Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические стационары г. Москвы. Кратность госпитализаций от 1 до 3 раз зафиксирована у 44,4% (n=16); от 4 до 6 - у 13,9% (n=5); свыше 6 - у 8,3% (n=3). Среди больных, впервые обратившихся за помощью в стационар МНИИП, спонтанные ремиссии длительностью от 6 месяцев до 1-го ($0,8 \pm 0,05$) года отмечены у 19,4% (n=7) - «считаю полную трезвость нормой!». У больных, которые повторно обращались за стационарной помощью, спонтанных ремиссий не было, лишь 38,9% (n=14), говорили о недлительных (от 3 до 5 месяцев) периодах воздержания. Терапевтические ремиссии, наступавшие в т.ч. после проведения опосредованных психотерапевтических эмоционально-стрессовых методик «кодирование», «эспераль», «торпедо», длились от 1 до 3 ($1,7 \pm 0,3$) лет у 47,2% (n=17) больных. Безремиссионное течение, несмотря на различные виды помощи, с периодами воздержания не более 1-2 месяцев отмечено у 16,7% (n=6).

Все больные обращались за помощь «самостоятельно». Причиной госпитализации, в т.ч. инициативу семьи, называли 75% (n=27); «по примеру и совету одного из авторитетных людей» - 16,7% (n=6); «необходимость осуществить грандиозные планы» - 30,6% (n=11); «осознание реальной алкогольной ситуации» (в т.ч. желание сохранить семью) - 77,8% (n=28). Достаточную критику к состоянию и заболеванию, с признанием у себя признаков алкогольной зависимости, осознанием невозможности контролируемого пьянства, установкой на полную трезвость демонстрировали 41,7% (n=15). Частичную критику, с признанием у себя наличия симптомов заболевания, но сомневающихся в невозможности «пить умеренно», стремящихся отложить принятие каких-либо конкретных решений, определяющих цель госпитализации как «возможность разобраться в самом себе, понять есть ли зависимость или нет» обнаруживали 36,1% (n=13). Они демонстрировали «понимание» и стремились к привлечению

врача в союзники с целью «реабилитироваться в глазах жены». «Конечно, считаю себя алкоголиком, конечно, не могу пить умеренно, но невозможно находиться в конфликтной ситуации трезвым!». Отсутствие критики к состоянию зарегистрировано у 22,2% (n=8). Эти пациенты виртуозно уходили от ответа на конкретные вопросы, не были заинтересованы в дальнейших контактах со специалистом, негативно относились к любым методам противорецидивного лечения, настаивали на досрочной выписке, аргументируя это «срочными делами», что не подтверждалось объективно.

Получили лечение с помощью опосредованной психотерапевтической методики внутримышечной имплантации препарата «пролонг» - 38,9% (n=13), 22,2% (n=8) – с помощью опосредованной эмоционально-стрессовой внутривенной методики «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от употребления спиртного от 1 до 3 лет и твердой установкой на полную трезвость. Приняли решение продолжить амбулаторное курсовое лечение по программе «12 шагов» - 8,3% (n=3). На курсовое лечение препаратом вивитрол были настроены 5,6% (n=2). Остальные больные – 27,8% (n=10) - были выписаны с рекомендациями проведения поддерживающей терапии, в т.ч. приема препаратов антаксон, лидевин, или колме.

За годы злоупотребления спиртным заострение характерологических особенностей отметили 75% (n=27) больных, в т.ч. усиление депрессивных проявлений - 22,2% (n=8); мнительности - 30,6% (n=11), появление раздражительности - 44,4% (n=16); вспыльчивости - 33,3% (n=12); подозрительности - 11,1% (n=4); слабодушия - 22,2% (n=8); снижение интересов - 36,1% (n=13). Формирование проявлений психоорганического синдрома с жалобами на снижение памяти, трудности концентрации внимания, астенизацию зафиксированы у 30,6% (n=11). За годы злоупотребления спиртным отрицали появление у себя каких-либо изменений состояния 11,1% (n=4) больных.

ЭПИЛЕПТОИДЫ. Обследовано 29 больных (9,4%) алкогольной зависимостью с эпилептоидными характерологическими акцентуациями. Больным этой группы были свойственны медлительность, обстоятельность, особое внимание к деталям, аккуратность, настойчивость, обидчивость, бережливость, доходящая, порой, до скупости, хорошая адаптация к жизненным ситуациям, упрямство в достижении жизненных целей. Это отмечено у 51,7% (n=15) больных. Обычно, пациенты отличались, несмотря на активность, некоторой односторонностью. Часть больных – 31,0% (n=9) - обращали на себя внимание недоверчивостью, подозрительностью, обидчивостью, излишней придирчивостью, особенно, в отношении близких. По результатам психологического тестирования отмечалось сочетание ригидного аффекта с депрессивными тенденциями. Других – 17,2% (n=5) - отличало себялюбие, эгоизм, требовательность к окружающим, нежелание считаться с чьими бы то ни было интересами, кроме собственных, склонность к раздражительности и гневливости, однако, без признаков дезадаптации. По результатам клинико-психологического исследования по основным клиническим шкалам (ММПИ) установлены такие особенности психологического статуса, как повышенный уровень тревоги, внутренняя напряженность, беспокойство, раздражительность, сниженный фон настроения, пессимистическая оценка перспективы. Для большинства были характерны ригидность, упорство, затруднения при необходимости принимать решения, застревание на отрицательных эмоциях, упрямство, педантизм, склонность к детализации, стремление к планированию любой деятельности и максимальному использованию накопленного опыта.

Средний возраст больных - $50,2 \pm 5,4$ (33-62) года, что сопоставимо с возрастом представителей контрольной группы I (алк.) - $46,8 \pm 6,1$ (31-67) лет ($p=0,4878$). Распределение по возрастным категориям следующее: 30-35 лет - 10,3% (n=3); 36-40 лет - 17,2% (n=5); 41-45 лет – 24,1% (n=7); 46-50 лет - 27,6% (n=8); 51-55 лет – 13,8% (n=4); 56-62 лет – 6,9% (n=2). *Преобладающий возраст пациентов – от 41 до 50 лет.*

Возраст первого употребления спиртных напитков составил $15,8 \pm 1,1$ (14-18) лет. Больные были немного моложе, чем пациенты контрольной группы I (алк.) – $17,2 \pm 1,7$ (15-18) лет, но различия не достигали степени статистической значимости ($p=0,0976$). Впервые попробовали алкоголь в возрасте 14-16 лет – 72,4% ($n=21$) больных и, в возрасте 17-18 лет – 27,6% ($n=8$) больных. Можно отметить факт первого употребления алкоголя в возрасте неполного или полного совершеннолетия.

Мотивами, побуждавшими первое употребление алкоголя, в большинстве случаев, являлся ритуальный характер приема спиртного, соблюдение правила отмечать значимые даты и события (окончание школы, училища, традиция проводов в армию). Ритуальный характер первого знакомства со спиртным отмечен в 72,4% ($n=21$) случаев; «исследовательский» характер («узнать, что это такое», «наверно, так полагается») - в 24,1% ($n=7$), стремление подражать окружающим, в первую очередь, сверстникам («неудобно отказаться») - в 31,0% ($n=9$). Однако, последний мотив, в основном, формулировали пациенты, у которых первые пробы алкоголя приходились на возраст от 16 до 18 лет. Большинство пациентов совершали первые пробы алкоголя в компании сверстников – 68,9% ($n=20$), в кругу семьи – 24,1% ($n=7$), в обществе старших по возрасту лиц – 10,3% ($n=3$).

Приятные воспоминания о состоянии эйфории, легком опьянении сохранили 44,8% ($n=13$) больных. Употребляли, в основном, вина и коньяк в небольших дозировках. Неприятные воспоминания, связанные с дискомфортным состоянием, возбуждением после первого приема спиртного, остались у 6,9% ($n=2$). О приятном возбуждении, эйфории, последующей сонливости и рвоте сообщили 34,5% ($n=10$). Это сохранилось в памяти, в целом, как неприятные ощущения. В этих случаях, со слов пациентов, употреблялись крепкие спиртные напитки (коньяк и водка) в достаточно высоких дозах – 250-400 мл. Безразличные воспоминания остались у 13,8% ($n=4$) больных.

Средний возраст начала систематической алкоголизации оказался немного более ранним, чем возраст начала систематической алкоголизации в контрольной группе, но статистически эти показатели сопоставимы – $24,4 \pm 2,1$ (21-27) лет и $28,6 \pm 3,3$ (24-31) лет ($p=0,1442$). Чаще всего мотивами систематического приема спиртных напитков *эпилептоиды* называли ритуальный характер потребления спиртного - 100% ($n=29$); необходимостью испытать опьянение, эйфорию, для повышения настроения - 93,1% ($n=27$); «для облегчения контактов» - 75,9% ($n=22$); «из-за стремления к группированию» («пришел работать на хлебозавод, а там принято...», «возвращаешься вечером со смены и со всеми по бутылочке пива по дороге...» - 37,9% ($n=11$); «с целью подражания сверстникам» - 31,0% ($n=9$); «для самоутверждения» - 13,8% ($n=4$); для «снятия напряжения» - 65,5% ($n=19$); для «устранения тревоги» - 6,9% ($n=2$); чтобы «испытать новые ощущения» - 13,8% ($n=4$); после конфликтов и стрессов – 27,6% ($n=8$); с целью «убить время» - 6,9% ($n=2$).

Все 100% (29) больных считали, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, а также, разговорчивостью с чувством расслабления. О дурашливости сообщили 10,3% ($n=3$) больных; развязности – 58,6% ($n=17$). После употребления спиртного в достаточно высоких дозировках, вслед за приятным состоянием эйфории и возбуждения возникала раздражительность с агрессивностью у 10,3% ($n=3$) больных, подозрительность – у 3,4% ($n=1$).

Возраст формирования СОА, а, следовательно, и средней (второй) стадии алкогольной зависимости, составил $32,6 \pm 4,7$ (30-39) лет. Этот возраст моложе, но абсолютно сопоставим (без тенденции к статистической значимости, $p=0,2116$) с возрастом больных *контрольной группы I (алк.)* – $35,6 \pm 3,8$ (32-43). Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования была следующей: до 5 лет – у 17,2% ($n=5$); от 6 до 10 лет – у 20,7% ($n=6$); от 11 до 15 лет – у 27,6% ($n=8$); свыше 15 лет – у 37,9% ($n=11$). Таким образом, темп формирования алкогольной зависимости у

больных этой группы оказался следующим: от 3 до 5 лет - у 13,8% (n=4); от 6 до 10 лет – у 51,7% (n=15); от 11 до 15 лет – у 24,1% (n=7); свыше 15 лет – у 10,3% (n=3). У большинства пациентов с эпилептоидными чертами характера признаки средней (второй) стадии алкоголизма с формированием СОА и переходом на запойные формы потребления алкоголя появляются в промежутке от 6 до 10 лет систематического пьянства. Следовательно, для этих больных характерен *средне-прогредиентный* темп формирования алкоголизма ($9,5 \pm 2,9$ года).

Все 100% (n=29) больные сообщали об изменении характера опьянения по мере развития алкогольной зависимости. После кратковременной приятной фазы эйфории - у 44,8% (n=13) и дурашливости – у 24,1% (n=7) возникала дисфория с раздражительностью и агрессивностью - у 58,6% (n=17); возбуждение - у 65,5% (n=19); седация – у 62,1% (n=18); опьянение с проявлениями замкнутости – у 27,6% (n=8); параноидные высказывания - у 24,1% (n=7).

Спонтанно возникающее, патологическое влечение к алкоголю зарегистрировано у 100% (n=29) пациентов, причем его реализация без борьбы мотивов наблюдалась в 34,5% (n=10) случаев; реализация, сопровождающаяся борьбой мотивов, установлена в 48,3% (n=14); борьба мотивов без реализации влечения - в 17,2% (n=5). Ситуационно патологическое влечение возникало у 96,6% (n=28) больных, с борьбой мотивов - у 65,5% (n=19), без борьбы мотивов - у 31,0% (n=9). Мотивации потребления спиртного были следующими: «испытать опьянение, эйфорию» - 100% (n=29); повысить настроения – 100% (n=29); «для снятия напряжения и усталости» - 82,8% (n=24); «для снятия тревоги» - 41,4% (n=12); состояние «после стрессов, конфликтов, ссор» - 89,7% (n=26); «быть деятельным, активным» - 34,5% (n=10); «ритуальное» - 31,0% (n=9); «уход от проблем» («забыть все проблемы..., забыть переживания, связанные с работой..., «влечения вроде нет, но накапливается комплекс проблем – и внешние и внутренние..., запираюсь в комнате, ставлю RETRO FM и пью...», «из-за

неудовлетворенности окружающей действительностью и собой в ней») - 4,5% (n=10); для «облегчение контактов» - 27,6% (n=8); «для самоутверждения» - 24,1% (n=7); «подражание окружающим» - 17,2% (n=5); «убить время» - 31,0% (n=9); «пил как все» - 34,5% (n=10) больных; «без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному» – у 93,1% (n=27).

Длительность СОА в среднем составляла 3-7 суток. Скорость убывания 12 основных сомато-вегетативных и психоневрологических проявлений похмельного синдрома, оцененная с помощью U-критерия Манна-Уитни, была такой же, как и в контрольной группе, не было статистически достоверных различий.

Таблица 33.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера и в контрольной группе больных (в днях)

Симптомы	Эпилептоиды	Контрольная гр. I (алк.)	p	U
тревога	1,8±0,84	2,43±0,21	0,22165	665,5
пониженное настроение	3,6±0,37	3,22±0,42	0,42611	749,5
влечение к алкоголю	2,1±0,96	2,54±0,59	0,51327	837,0
нарушение засыпания	2,4±0,53	2,73±0,41	0,56439	839,5
поверхостный сон	2,2±0,63	2,54±0,95	0,53473	828,5
тремор	3,2±0,43	3,83±0,4	0,26854	668,5
атаксия в п. Ромберга	2,8±0,47	3,62±0,49	0,10438	636,0
тахикардия	2,7±0,47	3,22±0,61	0,42734	751,0
повышение АД	2,1±0,3	2,71±0,85	0,20467	659,5
пониженный аппетит	1,9±0,19	2,24±0,7	0,48894	754,5
жажда	2,2±1,01	1,92±0,6	0,39956	701,5
потливость	2,9±0,87	3,63±1,2	0,21143	664,0
число больных	29	140		

В структуре СОА в различном сочетании в той или иной степени присутствовали выраженные аффективные нарушения. Причем, 93,1% (n=27)

больных подчеркивали присутствие в похмелье склонности к самообвинению и самобичеванию; наличие апатии - 68,9% (n=20); тоски - 37,9% (n=11); тревоги – 55,2% (n=16); аутистические проявления с желанием «чтобы все оставили в покое» («плохо до того, что не до общения!») – 79,3% (n=23); дисфорию со склонностью к раздражительности и, иногда, агрессии – 82,8% (n=24); повышенную возбудимость и «нервозность» - 51,7% (n=15); угнетенность с общим дискомфортом – 89,7% (n=26); обострение ипохондрических расстройств наблюдалось у 17,2% (n=5). Судорожные расстройства в структуре СОА ранее никогда не возникали. В прошлом отмечены 3 алкогольных психоза: у 2 (6,9%) больных наблюдался вербальный галлюциноз, у 1 (3,4%) больного - зрительный галлюциноз (без обращения за стационарной помощью).

Длительность наблюдения в наркологических учреждениях, в т.ч. при обращении за амбулаторной помощью и помощью с целью купирования запойных состояний на дому, следующая: первичное обращение зарегистрировано у 37,9% (n=11) больных; до 3-х лет наблюдались 10,3% (n=3); до 5 лет – 10,3% (n=3); до 10 лет – 17,2% (n=5); до 15 лет – 10,3% (n=3); более 15 лет – 13,8% (n=4). Впервые обратились за стационарной медицинской помощью – 51,7% (n=15). Неоднократно обращались за медицинской помощью, в т.ч. для лечения в амбулаторных условиях – 65,5% (n=19). За стационарной помощью ранее обращались 48,3% (n=14). Предыдущие госпитализации осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические стационары г. Москвы. Кратность госпитализаций от 1 до 3 раз зафиксирована у 85,7% (n=12); от 4 до 5 - у 14,3% (n=2). У подавляющего большинства *эпилептоидов*, повторно обращавшихся за стационарной помощью, кратность госпитализаций не превышала 3 раз. Спонтанные ремиссии длительностью от 6 месяцев до 3 ($2,03 \pm 0,5$) лет зафиксированы всего лишь у 10,3% (n=3) пациентов. Терапевтические ремиссии в результате применения опосредованных психотерапевтических эмоционально-стрессовых методик типа «кодирование», «эспераль», «торпедо» в

амбулаторных условиях, длительностью от 1 до 4 лет зафиксированы у 47,4% (n=9). Превышение оговоренного срока трезвости в 2-3 раза относительно оговоренного срока воздержания и наступления длительной ремиссии продолжительностью от 9 до 13 лет зафиксировано у 3 (15,8%) пациентов. Таким образом, средняя длительность ремиссий у эпилептоидов составляет $3,6 \pm 1,03$ (1-9) года. Безремиссионное течение, несмотря на оказание различных видов помощи, с периодами воздержания, длящимися не более 1-3 месяцев, отмечено у 6,9% (n=2).

Все больные обращались за помощью «самостоятельно». Причиной госпитализации называли: «осознание реальной алкогольной ситуации» - 68,9% (n=20); «по инициативе семьи» - 27,6% (n=8); «по примеру и совету одного из авторитетных людей» - 31,0% (n=9); «необходимость осуществить грандиозные планы» - 6,9% (n=2). Полную критику к заболеванию, с признанием наличия у себя признаков алкогольной зависимости, осознанием невозможности контролируемого пьянства («считаю себя больным алкоголизмом на основании реальности», «врачи могут помочь только на определенное время, а все зависит от меня», «осознание того, что попадаю в рабство и полное понимание, что надо полностью прекратить»), установкой на полную трезвость обнаруживали 86,2% (n=25) больных. Частичную критику, с признанием у себя наличия признаков зависимости, со стремлением отложить принятие каких-либо конкретных решений в отношении полной трезвости обнаруживали 13,8% (n=4) больных. Тем не менее, эти пациенты внимательно и заинтересованно относились к беседам по проблеме алкоголизма. Однако, создавалось впечатление недооценки тяжести имеющихся у них расстройств. Они упорно и категорически отказывались от проведения опосредованных эмоционально-стрессовых процедур, рассчитывая на «собственные усилия» по преодолению пьянства, ссылались на осознание реальной алкогольной ситуации, аргументируя это тем, что «через год действие методики пройдет и надо будет опять что-то решать!», а если на них «давить», то это «создает дух противоречия».

При лечении 37,9% (n=11) больных была использована опосредованная психотерапевтическая методика внутримышечной имплантации препарата «пролонг» с оговоренным сроком воздержания от алкоголя от 2 до 5 лет. Опосредованная эмоционально-стрессовая методика «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от употребления спиртного от 1 до 2 лет использована при лечении 24,1% (n=7) больных. Психотерапевтическая методика «кодирование» применялась при лечении 6,9% (n=2) больных. Приняли решение продолжить амбулаторное курсовое лечение препаратом вивитрол 10,3% (n=3) больных. Один пациент принял осознанное решение о полной трезвости, основываясь на философии восточных единоборств, хотел серьезно продолжить занятия каратэ – «хочу драться за себя». Создавалось впечатление, что все эти пациенты после проведенного курсового лечения серьезно осознали необходимость абсолютной трезвости. Некоторые из них после бесед с врачом обращались к чтению психологической литературы - «Построй свою судьбу», «Разобраться в себе» ... Достаточно часто звучали высказывания типа «ранее не считал это проблемой», «окончательно решил, что без медицины не брошу», «не боюсь быть трезвым» ...) и т.д. Были выписаны с рекомендациями проведения поддерживающей терапии, в т.ч. приема препаратов лидевин или колме – 17,2% (n=5). Таким образом, зависимость от алкоголя у пациентов с эпилептоидными чертами характера отличается в подавляющем большинстве случаев ремиссионным течением.

За годы злоупотребления спиртным заострение характерологических особенностей и усиление таких черт как раздражительность, повышенная возбудимость, вспыльчивость, импульсивность отметили 100% (n=29) больных, усиление или появление подозрительности – 17,2% (n=5), мнительности – 20,7% (n=6), депрессивных проявлений с пессимистичными взглядами – 17,2% (n=5), замкнутости – 17,2% (n=5), ревности – 6,9% (n=2). Проявления психоорганического синдрома с жалобами на снижение памяти и трудности концентрации внимания, астенизацию зарегистрированы у 31,0% (n=9), появление слабодушия отметили 13,8% (n=4),

обстоятельность, застреваемость, затруднения переключения внимания зафиксированы у 10,3% (n=3).

КОНФОРМНЫЕ. Пациентам с конформными личностными особенностями (5%; n=18) было свойственно приспособленчество, принятие определенного поведенческого стандарта среды или конкретной группы. Они в определенной мере, во взглядах, мнении, позиции, были подчинены групповому давлению и перенимали установившийся поведенческий стиль. Это предполагало, в первую очередь, совпадение системы ценностей индивида и группы. Попадая в компанию пьющих людей или антисоциальных личностей, людей с девиантными и делинквентными формами поведения, они сразу же перенимали свойственный этой среде стиль поведения и повадок, не высказывая при этом своего мнения, а полностью принимая позицию большинства. Они, как «хамелеоны», могли усвоить и другую систему ценностей и взглядов, если её выражало большинство представителей микросреды. Так, имея за плечами судимость за воровство или драки с тяжкими последствиями, возвратившись на свободу и попав в трудовой коллектив или под влияние властной жены, они становились примерными семьянинами и квалифицированными рабочими. Те из них, которым был свойственен определенный инфантилизм, получали удовольствие, проводя время в компании пьющей группы у гаража. В то же время могли длительное время не притрагиваться к спиртному, если находились под влиянием семьи с трезвеническими традициями. Первых проб алкоголя у пациентов этой группы ранее 14 лет не зафиксировано.

Средний возраст пациентов - $45,7 \pm 3,9$ (36-60) лет ($p=0,8554$) - абсолютно сопоставим с возрастом больных контрольной группы I (алк.) - $46,8 \pm 6,1$ (31-67) лет и возрастом представителей большинства других групп. Распределение по возрастным группам следующее: 36-40 лет – 11,1% (n=2); 41-45 лет – 22,2% (n=4); 46-50 лет – 38,9% (n=7); 51-55 лет – 16,7% (n=3); 56-60 лет – 11,1% (n=2). *Преобладающий возраст пациентов – от 46 до 50 лет.* Моложе 36 лет больных в данной группе не зафиксировано.

Возраст первого употребления спиртного достоверно более ранний, чем возраст представителей контрольной группы I (алк.) $17,2 \pm 1,7$ (15-18 лет) и, в среднем, составляет – $15,3 \pm 1,6$ (14-16) лет ($p=0,0413$).

Мотивациями, побуждавшими первые пробы спиртного, были названы следующие: «самоутверждение» - 33,3% ($n=6$); «с исследовательской целью» («интересно узнать, что это такое», «интересно испытать, что за ощущения») – 27,8% ($n=5$); с целью облегчения контактов («все пили и я выпил») – 22,2% ($n=4$). Ритуальный характер первого знакомства со спиртным отмечен в 16,7% ($n=3$). В компании сверстников начинали употреблять алкоголь 61,1% ($n=11$) больных; в компании старших по возрасту (именно с целью самоутверждения) – 22,2% ($n=4$); в кругу семьи – 16,7% ($n=3$). Приятные воспоминания о первом употреблении алкоголя, состоянии эйфории, легком опьянении сохранили 55,6% ($n=10$) больных. Безразличные воспоминания остались у 11,1% ($n=2$) - («было даже страшно – учителя увидят!»). Неприятные воспоминания, связанные, в первую очередь, с передозировкой принятого алкоголя и возникновением рвоты («перепил бражки, после чего долго мутило», «отдыхал у бабушки в деревне – мужики самогон налили...»), остались у 33,3% ($n=6$). Прибегали, в основном, к употреблению легких напитков – вино, портвейн, ликеры - в дозе не более 50-150 мл, в отдельных случаях пили брагу и самогон (до 200 мл).

Средний возраст начала систематического потребления алкоголя достоверно более ранний, чем возраст начала систематической алкоголизации в контрольной группе I (алк.), соответственно $22,3 \pm 1,8$ (21-25) и $28,6 \pm 3,3$ (24-31), $p=0,0320$, а также более ранний, чем у представителей других групп, кроме возраста пациентов, отнесенных к группам *аструктурные* ($18,4 \pm 1,9$ (17-22)) и *дистимичные* ($21,7 \pm 1,1$ (21-24)).

Чаще всего начало систематической алкоголизации объясняли «потребностью снять напряжение, усталость», а также необходимостью придерживаться определенных традиций (ритуальный характер пьянства) - 100% ($n=18$). Были названы следующие мотивации: «облегчение контактов и

стремление к группированию» - 83,3% (n=15), «для повышения настроения, чтобы испытать эйфорию, опьянение» - 77,8% (n=14), «убить время» - 44,4% (n=8), состояние «после стрессов и конфликтов» - 50,0% (n=9), «уход от проблем» - 55,6% (n=10), «пил как все» - 55,6% (n=10), «без видимых причин, просто из-за появления тяги к спиртному» - 50,0% (n=9). Чаще всего пациенты оправдывали пьянство традициями коллектива – «устроился работать грузчиком в торговлю», «работал водителем, отмечали пятницу – день синей педали», «провоцировали друзья любящей вечеринки жены», «работа на предприятии, где был облегчен доступ к спиртному», «было принято», «один не может противостоять цеху» и т.д.

Все 100% (n=18) больных отмечали, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления. 55,6% (n=10) пациентов сообщали, что при повышении дозы спиртного активизация сменялась дальнейшей сонливостью. О развязности и дурашливости сообщили 50,0% (n=9), раздражительности с агрессивностью – 27,8% (n=5), подозрительности – 16,7% (n=3). Из спиртного предпочтение отдавали пиву, водке, достаточно часто разведенному спирту в дозе 200-250 мл. После формирования средней стадии зависимости подавляющее большинство предпочитало водку в дозе 0,5-1,5 л в сутки. Причем у 100% (n=18) больных наблюдалось изменение характера опьянения по сравнению с начальным. Дисфорическую форму опьянения отмечали 61,1% (n=11), седативную – 66,7% (n=12), с раздражительностью – 44,4% (n=8), «с неправильными формами поведения» - 27,8% (n=5), с проявлениями замкнутости, отгороженности – 16,7% (n=3), «оглушающий эффект» отметили 11,1% (n=2). Об эйфории опьянения с дурашливостью продолжали говорить 33,3% (n=6) больных. В 100% (n=18) случаев возникали алкогольные палимпсесты. При наличии остаточных явлений органического поражения мозга, текущих сосудистых заболеваний, частота возникновения алкогольных палимпсестов возрастала, амнезия возникала после

употребления относительно небольших доз спиртных напитков. Тотальную амнезию опьянения отметили 33,3% (n=6) больных.

Возраст формирования СОА составил $30,3 \pm 1,3$ (27-32) лет. По сравнению с возрастом больных *контрольной группы I (алк.)* – $35,6 \pm 3,2$ (32-43) он достоверно более ранний, $p=0,03$. Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования была следующей: до 5 лет – у 11,1% (n=2); от 6 до 10 лет – у 22,2% (n=4); от 11 до 20 лет – у 44,4% (n=8); свыше 20 лет – у 22,2% (n=4). Таким образом, темп формирования алкоголизма оказался следующим: от 3 до 5 лет – у 27,8% (n=5); от 7 до 10 лет – у 66,7% (n=12); от 11 до 15 лет – у 5,6% (n=1). Следовательно, для больных алкогольной зависимостью с *конформными* характерологическими акцентуациями характерен *быстро- и умеренно-прогредиентный* темп формирования алкоголизма ($7,2 \pm 1,8$ года).

Потребление спиртного у преобладающего большинства больных – 77,8% (n=14) – носило *запойный характер*. Характеризовалось периодическим многодневным потреблением (от 3 до 25 дней) и относительным постоянством ежедневно принимаемых дозировок алкоголя (от 0,5 до 1,5 л водки или др. крепких спиртных напитков), интенсивно выраженными соматоневрологическими проявлениями СОА. Перерывы в употреблении алкоголя были обусловлены либо невозможностью дальнейшего пьянства в связи с плохим физическим самочувствием (истинные запои) и снижением суточных доз потребляемого спиртного к концу запоя – 22,2% (n=4), либо различными внешними обстоятельствами (псевдозапои) – 55,6% (n=10). Причем трое больных (16,7%) отмечали чередование псевдозапоев с истинными запоями. У 11,1% (n=2) отмечался *смешанный тип потребления алкоголя* – возникновение на фоне ежедневного потребления небольших или умеренных дозировок алкоголя (в основном 1-3 бутылки пива на неделю) периодов с резким увеличением доз спиртного (до 0,5-0,7 л водки в выходные), появлением или утяжелением проявлений синдрома отмены алкоголя. У 11,1% (n=2) наблюдалась *постоянная форма*

потребления алкоголя, характеризующаяся систематически частым или ежедневным потреблением крепких спиртных напитков (от 0,3 до 0,5 л водки). Это сопровождалось достаточно интенсивным влечением к алкоголю и умеренно выраженным утром синдромом отмены алкоголя. Самой частой причиной обрыва запоя пациенты называли плохое самочувствие – 55,6% (n=10); конфликт в семье или на работе – 44,4% (n=8); отсутствие денег – 44,4% (n=8); необходимость выхода на работу – 38,9% (n=7); исчезновение влечения – 27,8% (n=5). Тяжесть проявлений СОА зависела от суточных доз потребляемого спиртного и длительности запойных состояний. Длительность «светлых» промежутков - от 2 дней до 1-го месяца. Зарегистрировано поступательное развитие заболевания, с возрастом нарастала тенденция к увеличению продолжительности запоев и сокращению длительности светлых промежутков, а в дальнейшем намечалась тенденция к переходу на непрерывное пьянство.

Влечение к спиртному в 100% (n=18) случаев возникало ситуационно при виде и запахе алкоголя или пьющей компании, чаще сопровождалось борьбой мотивов («минут на 10 хватает») – у 83,3% (n=15). У 66,7% (n=12) влечение обострялось на фоне конфликтных ситуаций на работе и дома, сопровождалось изменением состояния с появлением неопределенного дискомфорта, раздражительности, беспричинной тревожности, выраженной астенизации. Другие – 50,0% (n=9) - говорили об обострении первичного влечения, не связанном с какими-либо ситуациями, появлявшемся «вроде бы внезапно», но приобретавшем форму навязчивости с подавленностью, безразличием к окружающему и общим дискомфортным состоянием.

Структура синдрома отмены алкоголя была представлена совокупностью соматических, неврологических и психопатологических расстройств. Отмечалась индивидуальная специфичность и «повторяемость» патологических нарушений. Длительность СОА в среднем составляла 3-7 суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела

от давности алкоголизации, длительности предшествующего запоя и суточной дозы потребляемого алкоголя.

Таблица 34.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с конформной акцентуацией и у больных контрольной группы I (алк.) (в днях)

Симптомы	Конформные	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	2,2±0,86	2,43±0,21	0,73627	901,0
пониженное настроение	4,3±1,2	3,22±0,42	0,04532	561,5*
влечение к алкоголю	2,2±0,46	2,54±0,59	0,32651	703,0
нарушение засыпания	2,5±0,81	2,73±0,41	0,69963	889,5
поверхостный сон	2,1±0,92	2,54±0,95	0,48594	736,5
тремор	3,1±0,98	3,83±0,4	0,17932	637,0
атаксия в п.Ромберга	3,3±0,52	3,62±0,49	0,38536	705,5
тахикардия	3,1±0,43	3,22±0,61	0,83621	926,1
повышение АД	2,5±0,16	2,71±0,85	0,53835	739,3
пониженный аппетит	2,4±0,87	2,24±0,7	0,56344	740,5
жажда	2,5±0,36	1,92±0,6	0,25322	641,2
потливость	2,9±0,86	3,63±1,2	0,14273	629,0
число больных	18	140		

Достоверно дольше, по сравнению с контрольной группой I (алк.), в структуре СОА у лиц с конформными чертами характера сохраняется сниженный фон настроения (3,2±0,4 и 4,3±1,2 p=0,04532 соотв.).

В структуре СОА в 100% (n=18) случаев отмечалось наличие угнетенности с общим дискомфортом. Сниженное настроение со склонностью к самообвинениям и самобичеванию, упреками в свой адрес за неводержанность к спиртному наблюдалось у 55,6% (n=10); отгороженность, замкнутость с желанием «чтобы все оставили в покое» - у 50,0% (n=9); апатия – у 50,0% (n=9); дисфория, раздражительность, «нервозность», склонность к вербальной агрессии – у 72,2% (n=13); тревога –

у 27,8% (n=5). Таким образом, в структуре СОА у лиц с конформными чертами характера преобладающими аффективными нарушениями являлись пониженное настроение с угнетенностью и общим дискомфортом, склонность к дисфории и, в то же время, наличие тоскливо-подавленного фона с идеями самообвинения и самобичеванием за свое пьянство. Нарушения настроения были кратковременными и быстропроходящими.

Впервые обратились за медицинской стационарной помощью 72,2% (n=13) больных. Среди них не было зарегистрировано пациентов со спонтанными ремиссиями. Однако, за амбулаторной помощью, в т.ч. путем вызова нарколога на дом для купирования запоя и проведения амбулаторного «кодирования», обращались 38,9% (n=7). Терапевтические ремиссии длительностью от 0,5 года до 13 лет возникали у всех больных.

Неоднократно (от 2-х до 4-х раз) обращались за стационарной помощью 33,3% (n=6) больных. Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические и психиатрические стационары г.Москвы. Ремиссионный тип течения алкоголизма отмечен в 66,7% (n=12). Причем в 50,0% (n=9) случаев возникали спонтанные, длительностью до 0,5 года, периоды воздержания от приема спиртного. Терапевтические ремиссии длительностью от 0,5 года до 6 (3,5±1,2) лет, наступившие в результате амбулаторного «кодирования», зафиксированы в 50,0% (n=9). Безремиссионное течение наблюдалось в 33,3% (n=6) - «после лечения тяги к спиртному как таковой не было, но был как ущербный», «сорвался недели через две, спровоцировали товарищи». После лечения периоды воздержания от употребления спиртного были кратковременными – не более 1-2 месяцев. *Таким образом, в подавляющем большинстве случаев, алкоголизм у лиц с конформными чертами характера отличается ремиссионным течением.* Критика к своему состоянию (признание себя больными алкоголизмом, осознание факта невозможности контролируемого пьянства) наблюдалась у 72,2% (n=13). При этом присутствовала боязнь трезвости, которую больные объясняли «отношением

общества», ссылаясь на постоянные насмешки окружающих. Когда они находились в ремиссии, их упрекали – «не пьешь, не куришь - значит тебя в России больным считают». Некоторые не могли объяснить зачем и почему алкоголизируются в настоящее время, ссылались на «пьющий коллектив», на то, что «не получается развлекаться без выпивки», «да и тебя не поймут». Другие отрицали трезвый образ жизни потому, что «ранее не считали это нужным, не было цели и интересов». Под влиянием рациональной и опосредованной психотерапии некоторые больные начинали критично рассматривать свое пьянство, очерчивали круг проблем, порожденных им (трудности профессионального уровня, взаимоотношения с близкими и правоохранительными органами), охотно шли на продуктивное сотрудничество, находили верные решения, обнаруживали искреннее стремление изменить ситуацию. Отсутствие критики к состоянию зафиксировано у 27,8% (n=5) - «какой же алкоголик признает себя таковым?», «стараюсь пить меньше», «можно выпить немного на новогодние праздники». Причины, побудившие больных обратиться за помощью, были следующие: инициатива семьи – 88,9% (n=16); «осознание реальной алкогольной ситуации» («пора дернуть ручник») - 77,8% (n=14); по примеру или совету одного из авторитетных знакомых – 55,6% (n=10); угроза увольнения или претензии на работе – 27,8% (n=5); «необходимость осуществить грандиозные планы» - 16,7% (n=3).

После прохождения курсового стационарного лечения на проведение «долговременной» методики (внутримышечной имплантации препарата «эспераль») с оговоренным сроком действия в течение 3 лет согласились 16,7% (n=3). Опосредованная психотерапевтическая методика «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от потребления спиртного в течение одного года использована при лечении 50,0% (n=9) больных и в течение одного месяца – одного (5,6%) пациента, который говорил, что «в принципе» осознал себя больным алкоголизмом, но «не все попробовал – есть еще виски, хенесси, «черепашки»». От проведения «радикальных»

психотерапевтических методик отказались 27,8% (n=5) больных. Этим больным был рекомендован прием колме или лидевина. Пациенты отличались примитивизмом, ограниченностью интересов, легковесностью, неполной критикой к состоянию. Они обращали на себя внимание «приземленностью» суждений, попытками переложить ответственность за свое здоровье на других. Во время общения чаще говорили на посторонние, нейтральные темы, как бы вытесняя заболевание, ссылаясь «на осознание». В большинстве случаев считали, что смогут «самостоятельно справиться с проблемой», т.к. «частично с этим согласны» и «хотелось бы полностью» прекратить алкоголизацию. Несмотря на длительные обсуждения и разъяснения врачом на убедительных примерах невозможности контролировать прием спиртного сообщали о планах «выпить немного» на праздники.

У лиц с конформными чертами характера зафиксированы личностные изменения по органическому типу. Это наблюдалось у 61,1% (n=11). Характерными были легковесность суждений, недооценка тяжести состояния, поверхностное отношение к злоупотреблению алкоголем, примитивизм высказываний, некритичность с оттенком нелепости, обнаженность высказываний. В отдельных случаях наблюдались благодушие, оживленность и склонность к «смакованию» алкогольной тематики, алкогольный юмор, довольство и удовлетворенность собственной жизнью - «все есть – квартира, дача, хорошая машина, жена, сын – чего еще желать?!». Другие отличались эмоциональной неустойчивостью, склонностью к повышенной возбудимости и вспыльчивости, небогатым словарным запасом, использованием жаргонных выражений и терминов «алкогольного сленга», бестолковостью, снижением концентрации внимания и ослаблением памяти. Снижение или полную утрату прежних интересов, возникших на фоне многолетней алкоголизации, обнаружили 88,9% (n=16) больных.

ИСТЕРОИДНЫЕ. Всем больным с истероидными личностными особенностями (n=17; 5,5%) было свойственно стремление обратить на себя внимание окружающих, добиться признания. Для них характерны такие личностные характеристики как лживость, капризность, некоторая театральность, желание выглядеть для окружающих лучше и привлекательнее, чем это на самом деле есть. Для них было необходимо понимание того, что ими любят, восторгаются. Их чувства отличались поверхностностью, неустойчивостью, изменчивостью. Достаточное упорство они проявляли лишь в стремлении обратить на себя внимание. Им не было свойственно признание своих ошибок, если что-то и происходило не так, как было нужно, то всегда не по их вине. Они могли представлять себя как всеми обиженные, несчастные и непонятые, стремились всячески оправдать свое деструктивное поведение. Одновременно отличались повышенной внушаемостью, что часто способствовало успеху терапии, но, иногда, наоборот, вызывало упорное сопротивление.

Они были несколько моложе ($42,5 \pm 5,4$ (31-58) лет) больных контрольной группы I (алк.) - $46,8 \pm 6,1$ (31-67) лет, однако, различия не достигали степени статистической значимости ($p=0,0968$). Распределение по возрастным группам следующее: 31-35 лет – 5,9% (n=1); 36-40 лет – 17,6% (n=3); 41-45 лет – 23,5% (n=4); 46-50 лет – 29,4% (n=5); 51-55 лет – 5,9% (n=1); 56-60 лет – 11,8% (n=2); 61-67 лет – 5,9% (n=1). *Преобладающий возраст пациентов – от 41 до 50 лет.*

Возраст первого употребления спиртных напитков - $16,0 \pm 2,1$ (14-18) лет. Больные были несколько моложе представителей контрольной группы I (алк.) - $17,2 \pm 1,7$ (15-18 лет), но различия не достигают статистической достоверности ($p=0,0975$). В возрасте 14-16 лет впервые употребили алкоголь 58,8% (n=10) больных и с 17 до 18 лет – 41,2% (n=7).

Мотивами, побуждавшими первое употребление спиртного, являлись: традиционное потребление (окончание школы, проводы в армию) - 76,5% (n=13); «самоутверждение» - 29,4% (n=5); «с исследовательской целью» («из

любопытства») – 23,5% (n=4); реакция протеста («после ссоры с родителями», «на спор») – 29,4% (n=5). В компании сверстников начинали первые пробы алкоголя – 35,3% (n=6); в компании старших по возрасту – 35,3% (n=6); в кругу семьи («родители налили», «тебе 18 – можешь с нами») – 29,4% (n=5). Приятные воспоминания о первом состоянии опьянения, эйфории, легком опьянении сохранили 23,5% (n=4) больных. Безразличные воспоминания остались у 41,2% (n=7) – «голова поплыла, потом прошло», «как-то не понял, что это». Неприятные воспоминания, связанные, в первую очередь, с возникновением рвоты, остались у 35,3% (n=6). Прибегали, в основном, к потреблению легких напитков – пили вино, шампанское, в редких случаях – пиво. Несмотря на первые пробы некрепких спиртных напитков, в отличие от большинства представителей других групп, у *истероидных* начальное знакомство со спиртным, в подавляющем большинстве случаев, оставило о себе безразличные и неприятные воспоминания.

Средний возраст начала систематического злоупотребления алкоголем оказался более ранним, чем возраст начала систематической алкоголизации в контрольной группе I (алк.), соответственно – $24,8 \pm 2,3$ (23-26) года и $28,6 \pm 3,3$ (24-31) лет, но различие не достигает степени статистической достоверности ($p=0,0786$).

Больным свойственно было объяснять систематическое пьянство следующими причинами и мотивами: «для повышения настроения, испытать эйфорию, опьянение» – 76,5% (n=13); «подражание сверстникам, облегчение контактов и стремление к группированию» – 82,4% (n=14); ритуальное потребление («дни рождения, стипендия, зачет») – 88,2% (n=15); «снятие напряжения, чувства обиды, несправедливого к себе отношения», «необходимость снять душевную боль» – 35,3% (n=6); «для самоутверждения» – 17,6% (n=3).

О начальном характере опьянения, отличавшегося веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления, иногда дурашливостью,

сообщали 82,4% (n=14). О седации и сонливости, что и являлось целью опьянения, говорили 17,6% (n=3), о подозрительности – 5,9% (n=1). На этапе систематической алкоголизации употребляли, в основном, вина в дозе до 1,0 л., водку - от 200 мл до 400 мл, пиво в дозе до 3-4 л.

После формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости подавляющее большинство предпочитало водку в дозе от 0,5 до 1,5 л в сутки. Причем 70,6% (n=12) больных отмечали незначительное изменение характера опьянения по сравнению с первоначальным, когда наряду с сохраняющейся эйфорией и дурашливостью присутствовали седативные формы опьянения. Дисфорическую форму опьянения, в некоторых случаях с агрессивными тенденциями, отмечали 29,4% (n=5). В 52,9% (n=9) возникали алкогольные палимпсесты.

Возраст формирования СОА составлял $33,5 \pm 3,9$ (28-35) лет. По сравнению с *контрольной группой I (алк.)* – $35,6 \pm 3,2$ (32-43) - он более ранний, но различие не достигает степени статистической значимости ($p=0,0893$). Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования следующая: до 5 лет – 17,6% (n=3); от 6 до 10 лет – 52,9% (n=9); от 11 до 15 лет – у 29,4% (n=5). Таким образом, темп формирования алкоголизма у больных с истероидными чертами характера следующий: от 4 до 5 лет – 11,8% (n=2); от 6 до 10 лет – 70,6% (n=12); от 11 до 15 лет – 17,6% (n=3). Следовательно, для больных алкогольной зависимостью с истероидными характерологическими акцентуациями характерен, в основном, *умеренно-прогредиентный* темп формирования алкоголизма ($8,5 \pm 3,3$ лет). Мотивами, оправдывающими пьянство в настоящее время, были названы следующие: «необходимость снять напряжение, усталость» - 94,1% (n=16); ритуальный характер потребления спиртного – 29,4% (n=5); облегчение контактов – 17,6% (n=3); «для повышения настроения, чтобы испытать опьянение» - 41,2% (n=7); состояние «после стрессов и конфликтов» - 100% (n=17); «пил как все» - 52,9% (n=9);

«без видимых причин, просто из-за появления тяги к спиртному» - 82,4% (n=14).

Потребление алкоголя у преобладающего большинства больных (76,5%; n=13) носило *запойный характер*. Характеризовалось периодическим многодневным потреблением (от 3 до 15 дней) спиртного и относительным постоянством ежедневных доз (от 0,5 до 1,5 л водки или др. крепких спиртных напитков), интенсивно выраженными соматоневрологическими проявлениями СОА. Перерывы в употреблении алкоголя объяснялись либо невозможностью дальнейшего пьянства в связи с плохим физическим самочувствием (истинные запои) и снижением суточных доз потребляемого спиртного к концу запоя (47,1%; n=8), либо (29,4%; n=5) различными внешними обстоятельствами (псевдозапой). У 11,8% (n=2) больных отмечен *смешанный или перемежающийся тип* алкоголизации – возникновение на фоне ежедневного потребления небольших или умеренных доз алкоголя (в основном, 1-3 бутылки пива или 150-200 мл водки) периодов с резким увеличением доз потребляемого спиртного (до 0,5-0,7 л водки) на протяжении 3-5 дней. У 11,8% (n=2) отмечена *постоянная форма потребления алкоголя*, характеризующаяся систематически частым или ежедневным потреблением крепких спиртных напитков (от 0,3 до 0,5 л водки). Это сопровождалось достаточно интенсивным влечением к алкоголю и умеренно выраженным утром синдромом похмелья. Самой частой причиной обрыва запойного пьянства больные называли плохое самочувствие и исчезновение влечения к алкоголю – 88,2% (n=15); конфликт в семье или на работе – 11,8% (n=2); необходимость социального функционирования (в т.ч. выхода на работу) – 29,4% (n=5). Длительность светлых промежутков (трезвости) составляла от 2 дней до 1-го месяца. Зарегистрировано поступательное развитие заболевания. С возрастом обнаруживалась тенденция к увеличению длительности запоев и сокращению продолжительности светлых промежутков, а в дальнейшем переход к непрерывному пьянству.

Влечение к спиртному у 100% (n=17) больных возникало ситуационно при виде и запахе алкоголя или пьющей компании, чаще сопровождалось борьбой мотивов (70,6%; n=12). У 35,3% (n=6) патологическое влечение обострялось на фоне конфликтных ситуаций на работе и дома, сопровождалось изменением состояния с появлением неопределенного дискомфорта и раздражительности. Другие больные (29,4%; n=5) говорили о циклическом обострении первичного влечения к алкоголю. Это было связано с определенными периодами творческой активности, «заканчивал цикл работы – надо было снять усталость, затем наступал новый цикл – болел несколько дней и снова за работу», «на фоне окончания работы, с целью снятия стресса».

Структура синдрома отмены алкоголя была представлена совокупностью соматических, неврологических и психопатологических расстройств. Длительность существования СОА - от 3 до 7 суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от длительности заболевания и длительности предшествующего запоя, суточной дозы потреблявшегося алкоголя.

Таблица 35.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с истероидной акцентуацией и в контрольной группе I (алк.) (в днях)

Симптомы	Истероиды	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	3,9±0,19	2,43±0,21	0,01121	537,5*
пониженное настроение	2,8±0,5	3,22±0,42	0,59475	821,5
влечение к алкоголю	2,9±0,17	2,54±0,59	0,56731	816,0
нарушение засыпания	3,9±0,56	2,73±0,41	0,04325	591,5*
поверхостный сон	3,7±0,14	2,54±0,95	0,02137	539,0*
тремор	2,9±0,61	3,83±0,4	0,07857	641,5
атаксия в п.Ромберга	3,1±0,45	3,62±0,49	0,24734	698,5
тахикардия	3,8±1,4	3,22±0,61	0,15869	649,5

повышение АД	3,9±1,5	2,71±0,85	0,01453	541,0*
пониженный аппетит	1,8±0,33	2,24±0,7	0,45371	763,5
жажда	2,3±1,4	1,92±0,6	0,45967	764,0
потливость	4,1±1,7	3,63±1,2	0,07365	825,0
число больных	17	140		

Достоверно дольше, по сравнению с контрольной группой I (алк.), в структуре СОА сохраняется *тревога* (3,9±0,19 и 2,4±0,21, p=0,01121 соотв.), *нарушение засыпания* (3,9±0,56 и 2,7±0,41, p=0,04325 соотв.), *поверхностный сон* (3,8±0,14 и 2,54±0,95, p=0,02137 соотв.) и тенденция к *нарушению гемодинамических показателей*, что выразалось в более длительном периоде нормализации цифр АД (3,9±1,5 и 2,7±1,2, p=0,01453 соотв.).

В период СОА отмечено наличие тревоги – у 82,4% (n=14); нелюдимость, замкнутость с желанием «чтобы все оставили в покое» - у 70,6% (n=12); сниженное настроение со склонностью к самообвинению и самобичеванию – у 64,7% (n=11); безразличие – у 52,9% (n=9); угнетенность с общим дискомфортом – у 41,2% (n=7); дисфория, раздражительность – у 29,4% (n=5); повышенная возбудимость, «нервозность» – у 35,3% (n=6); тоска – у 17,6% (n=3). Больные жаловались на тревогу, появившуюся в последнее время раздражительность, с демонстративной открытостью называли себя «алкоголиками», декларировали желание «полностью на всю жизнь» отказаться от алкоголя. Беседовали с раздражением, иногда грубовато, требовали «лечения», «капельницу поскорей». Демонстрировали «плохое состояние», обвиняли персонал в «медлительности». Высказывали недовольство «несправедливым отношением близких», стремились предстать в образе жертвы. Согласившись на лечение, в течение первых дней пребывания в отделении постоянно звонили родственникам, требовали выполнения каких-либо «условий» (пополнить телефонный счет, помочь оплатить кредит, «срочно поговорить с женой» и т.д.). При отказе угрожали немедленной выпиской из стационара. Таким образом, в структуре СОА

преобладающими аффективными нарушениями являлись тревожность с опасениями за свое здоровье, повышенная возбудимость с раздражительностью и психопатоподобными проявлениями, склонность к самообвинениям и самобичеванию, которая носила, скорее, демонстративный характер, высказывания «чтобы все оставили в покое». Во время СОА у одного больного (5,9%) возник abortивный вербальный галлюциноз.

Впервые обратились за медицинской стационарной помощью – 76,5% (n=13) больных. В преобладающем большинстве случаев (n=12) у них не возникали спонтанные ремиссии. Только один больной сообщил, что «в прошлом» не употреблял спиртное два года, т.к. «понял, что надо нажать на тормоза, иначе – семья, работа ...». За амбулаторной помощью, в т.ч. путем вызова нарколога на дом для купирования запоя, обращались 17,6% (n=3) больных. Однако, периоды трезвости не превышали 1-3 месяцев.

Неоднократно (от 2-х до 3-х раз) обращались за стационарной помощью 23,5% (n=4) больных. Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические и психиатрические стационары г. Москвы. После курса терапии наблюдался ремиссионный тип течения алкоголизма. Терапевтические ремиссии, в т.ч. после использования эмоционально-стрессовых психотерапевтических методик, длились от 1 до 3 ($1,5 \pm 0,4$) лет.

Мотивами, побудившими больных обратиться за помощью, были следующие – демонстрация «осознания реальной алкогольной ситуации» - 100% (n=17); инициатива семьи – 64,7% (n=11); по примеру или совету одного из авторитетных знакомых – 29,4% (n=5); «необходимость осуществить грандиозные планы» - 23,5% (n=4); по инициативе вышестоящего руководства – 23,5% (n=4).

Критика к своему состоянию (признание себя больными алкоголизмом, осознание факта невозможности контролируемого пьянства, «самостоятельно не мог остановиться на продолжительный промежуток времени», «обещания

остановиться, данные самому себе, нарушал неоднократно») выявлена у 47,1% (n=8) больных. Нежелание раньше обратиться за наркологической помощью объясняли так: «не считал, что есть проблема», «не было осознания – не было необходимости!». Неудачные попытки прекратить употребление спиртного после амбулаторного вмешательства объясняли тем, что «не я сам обратился, они сами за меня все решили». Частичная критика к состоянию с декларацией полной трезвости, но на недлительный промежуток времени («много вынес для себя из бесед, но со многим не согласен»), с приуменьшением масштабов и последствий алкоголизации, убеждением, что не удастся пить понемногу, а потому необходимо «с помощью врачей полностью воздерживаться от алкоголя», отмечена у 52,9% (n=9) больных. Больные творческих профессий (актеры, сценаристы, иллюстраторы) охотно рассказывали, как несколько раз им «подобно многим великим актерам» удавалось играть спектакли в состоянии алкогольного опьянения. С чувством гордости заявляли, что «профессионализм не пропьешь». Они пытались во время беседы взять инициативу в свои руки, постоянно акцентировали внимание на том, что «алкоголь обладает активизирующим действием», помогает поддерживать «чуть выше грани творчества», а также достичь «иного состояния творческого мышления».

После прохождения курсового стационарного лечения на использование методики внутримышечной имплантации препарата «эспераль» с оговоренным сроком воздержания в течение 1-го года согласились 29,4% (n=5) больных. Они охотно и с большим интересом участвовали в психотерапевтических беседах, искренно расспрашивали о проблеме алкогольной зависимости, соглашались с ее наличием и необходимостью длительного периода полной трезвости, не пытались оправдать пьянство «психологическими причинами», признавали гедонистически-развлекательную мотивацию срывов. Опосредованная психотерапевтическая методика «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от потребления спиртного в течение одного года использована

при лечении 29,4% (n=5) больных и с условным воздержанием в течение 6-ти месяцев – у 5,9% (n=1). Больные утверждали, что убедились в том, что не могут пить понемногу, а потому настроены «с помощью врачей» полностью воздерживаться от приема алкоголя, для начала определяя «испытательный срок» длительностью в 1 год. Другие говорили, что готовы к полной трезвости, хотя и огорчены такой необходимостью. Они осторожно признавали болезненность пьянства после объяснений врача. От проведения «радикальных» психотерапевтических методик отказались 35,3% (n=6) больных. Им было рекомендовано проведение поддерживающей терапии, в т.ч. прием колме или лидевина. Этим больным отличали недооценка тяжести своего состояния, формальность суждений, переоценка собственных возможностей. Однако, они охотно приходили на психотерапевтические беседы, внимательно и заинтересованно относились к обсуждению проблем алкогольной зависимости, признавали у себя, хотя и неохотно, наличие признаков заболевания, пытались анализировать причины семейных конфликтов, планировали «приложить все усилия, чтобы побороться за сохранение семьи». Заявляли, что благодаря терапии стали чувствовать себя «уверенно». Отрицали наличие тяги к алкоголю, высказывали трезвеннические установки «хотя бы на ближайшие 0,5 года», категорически отказывались от использования опосредованной терапии, рассчитывали на «собственные усилия» по преодолению пьянства, отстаивали свою позицию в отношении лечения, считали, что «лекарственная терапия только ухудшает состояние».

В процессе многолетнего злоупотребления алкоголем у 58,8% (n=10) больных возникли личностные изменения по органическому типу. Отмечались нарастающая раздражительность, фиксируемое самими пациентами снижение концентрации внимания, памяти, повышенная утомляемость, слабодушие, депрессивные проявления, легковесность суждений, недооценка тяжести состояния, поверхностное отношение к злоупотреблению алкоголем. Сужение интересов в результате алкоголизации

отметили 29,4% (n=5) больных. У 41,2% (n=7) зафиксированы проявления нарастающей психопатизации в форме демонстративности, возбудимости с чертами агрессивности, неадекватной требовательности, тенденции к манипулированию окружающими.

ДИСТИМИЧНЫЕ. Пациентов с дистимичными характерологическими особенностями (n=28; 9,0%) отличали склонность к постоянно сниженному, мрачному, пессимистичному настроению с эпизодическими жалобами на усталость, отсутствие удовольствия от жизни. Они с пониманием относились к позиции окружающих, в общении отличались избирательностью, предпочитая тихих, «понимающих» соседей, уединенные прогулки. Им были свойственны постоянное наличие пониженного настроения, безрадостности, некоторая замкнутость, повышенная эмоциональность, чуткость, впечатлительность. Они обращали на себя внимание маловыразительной мимикой, постоянным гипотимным, безрадостным, подавленным, аффективным состоянием, характерным внешним видом. Обычно они отрицали наличие плохого самочувствия, а свое настроение характеризовали как «ровное» и «хорошее».

Дистимичные несколько старше ($52,3 \pm 7,3$ (39-64) лет) пациентов контрольной группы I ($46,8 \pm 6,1$ (31-67) лет), однако, различие не достигает степени статистической значимости ($p=0,0645$), что делает обе группы сопоставимыми. Распределение по возрастным группам следующее: 39-40 лет – 10,7% (n=3); 41-45 лет – 25,0% (n=7); 46-50 лет – 28,6% (n=8); 51-55 лет – 10,7% (n=3); 56-60 лет – 14,3% (n=4); 61-65 лет – 10,7% (n=3). *Преобладающий возраст больных – от 41 до 50 лет.*

Возраст первого употребления алкоголя - $16,7 \pm 0,4$ (16-17) лет. Больные незначительно старше представителей контрольной группы I (алк.) - $17,2 \pm 1,7$ (15-18) лет, но различие не достигает степени статистической достоверности ($p=0,0916$).

Ритуальный характер (окончание школы, поступление в техникум, проходы в армию) первого употребления спиртного отмечен в подавляющем

большинстве (85,7%; n=24) случаев. Отмечены мотивы, побуждавшие употребление спиртного впервые – «повышение настроения» - 14,3% (n=4); «исследовательская цель» - 10,7% (n=3). В компании сверстников начинали употреблять алкоголь 82,1% (n=23); в кругу семьи – 10,7% (n=3); в компании старших по возрасту лиц – 7,1% (n=2). Употребляли, в основном, во время первых проб легкие спиртные напитки – вино, портвейн в дозе от 200 до 350 мл, реже – пиво и слабоалкогольные коктейли (до 0,5 л). Начальные пробы алкоголя, в большинстве случаев (n=13; 46,4%), оставили о себе безразличные воспоминания. Пациенты либо затруднялись дать характеристику состояния после первых проб спиртного, либо говорили о седации, сонливости и неприятном состоянии, связанном с передозировкой – рвоте, слабости («очень неприятно – лежал весь зеленый»), неприятные воспоминания сохранились у 17,9% (n=5) больных. Приятные воспоминания о первом приеме спиртного сохранились у 35,7% (n=10) больных.

Средний возраст начала систематического злоупотребления алкоголем оказался достоверно более ранним, чем возраст начала систематической алкоголизации в контрольной группе I (алк.), соответственно $21,7 \pm 1,1$ (21-24) лет и $28,6 \pm 3,3$ (24-31) лет ($p=0,0233$).

Больным свойственно было объяснять систематическое пьянство следующими мотивами - «для повышения настроения, чтобы испытать эйфорию, опьянение» - 100% (n=28); ритуальный характер потребления алкоголя – 85,7% (n=24); «облегчение контактов» - 53,6% (n=15); состояние «после конфликтов» - 42,9% (n=12); «для самоутверждения» - 25,0% (n=7).

О начальном характере опьянения, отличавшемся веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления, иногда развязностью или дурашливостью, сообщали 89,3% (n=25) больных. О седации и сонливости говорили 17,9% (n=5), подозрительности и ревности – 10,7% (n=3). На этапе систематической алкоголизации употребляли, в основном, вина в дозе до 1,0 л., водку (от 200 мл до 400 мл), пиво в дозе до 3-4 л.

После формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости подавляющее большинство предпочитало водку в дозе, достигающей до 0,5-1,5 л в сутки. Причем 82,1% (n=23) больных отмечали, что наряду с сохраняющейся эйфорией, в большинстве случаев по сравнению с изначальным эффектом возникали седативные формы опьянения. Дисфорическая форма опьянения, в некоторых случаях с возбуждением и агрессивными тенденциями, наблюдалась у 25,0% (n=7) больных. О депрессивных формах опьянения говорили 21,4% (n=6) больных, опьянение с проявлениями замкнутости наблюдалось у 28,6% (n=8). В 96,4% (n=27) случаев возникали алкогольные палимпсесты, в 57,1% (n=16) – тотальные амнезии опьянения.

Возраст формирования СОА составлял $34,0 \pm 3,6$ (30-42) лет. По сравнению с *контрольной группой I (алк.)* – $35,6 \pm 3,2$ (32-43) - он несколько более ранний, но различие не достигает степени статистической значимости ($p=0,0988$). Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования следующая: до 5 лет – 25,0% (n=7); от 6 до 10 лет – 39,3% (n=11); от 11 до 15 лет – у 35,7% (n=10). Таким образом, темп формирования алкогольной зависимости у больных с дистимичными чертами характера следующий: от 4 до 5 лет – 7,1% (n=2); от 6 до 10 лет – 50,0% (n=14); от 11 до 15 лет – 42,9% (n=12). Следовательно, для больных алкоголизмом с дистимичными характерологическими акцентуациями характерен, в основном, *умеренно- и медленно-прогредиентный* темп формирования алкогольной зависимости ($9,9 \pm 1,8$ лет).

Мотивами, оправдывающими пьянство на момент госпитализации, являлись следующие: «необходимость снять или снизить напряжение» - 100% (n=28); «для повышения настроения, чтобы испытать опьянение» - 100% (n=28); состояние «после стрессов и конфликтов» - 92,9% (n=26); ритуальный характер – 85,7% (n=24); «без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному» - 67,9% (n=19); с целью «убить время» - 21,4% (n=6);

«снятие тревоги» - 25,0% (n=7); облегчение контактов – 17,9% (n=5); «уход от реальности, уход от проблем» - 10,7% (n=3); «пил как все» - 17,9% (n=5).

Потребление спиртного у большинства больных (64,3%; n=18) носило *запойный характер*. Характеризовалось периодическим многодневным потреблением (от 3 до 10 дней, редко до 20 дней) и относительным постоянством ежедневно принимаемых дозировок (от 0,5 до 1,5 л водки или др. крепких спиртных напитков), интенсивно выраженными соматоневрологическими проявлениями СОА. Перерывы в употреблении алкоголя были обусловлены либо невозможностью дальнейшего пьянства в связи с плохим физическим самочувствием, исчезновением влечения к спиртному (истинные запои) и снижением суточных доз потребляемого спиртного к концу запоя – у 60,7% (n=17) больных, либо различными внешними обстоятельствами (псевдозапой) – у 64,3% (n=18) больных. Все больные фиксировали возможность чередования того и другого видов потребления спиртного. У 35,7% (n=10) отмечался *смешанный или перемежающийся тип пьянства*. Характеризовался возникновением на фоне ежедневного потребления умеренных дозировок алкоголя (в основном, 1-2 бутылки вина или 2-2,5 л пива на неделю) периодов с резким увеличением доз спиртного (до 0,4-0,7 л водки) чаще во время выходных дней, появлением или утяжелением проявлений синдрома отмены алкоголя. Причиной обрыва запойного состояния являлось плохое самочувствие и исчезновение влечения – 71,4% (n=20); конфликт в семье или на работе – 67,9% (n=19); необходимость социального функционирования (в т.ч. выход на работу) – 46,4% (n=13); «отсутствие денег» - 17,9% (n=5). Тяжесть проявлений СОА зависела от суточных дозировок потребляемого спиртного и длительности запоя. Продолжительность светлых промежутков измерялась сроком от 3 дней до 1-го месяца. Зарегистрировано поступательное развитие заболевания. С возрастом обнаруживалась тенденция к увеличению длительности запоев и сокращению продолжительности светлых промежутков, а в дальнейшем - тенденция перехода на непрерывное пьянство.

Впервые обратились за медицинской стационарной помощью 57,1% (n=16) больных. У них никогда ранее не возникали спонтанные ремиссии. За амбулаторной помощью, в т.ч. путем вызова нарколога на дом для купирования запоя, обращались 32,1% (n=9), с целью проведения «запретительных» методик – 17,9% (n=5). Ремиссионное течение алкоголизма зарегистрировано у 25,0% (n=7) больных. Терапевтические ремиссии длились от 0,9-1 года до 5 ($2,3 \pm 0,06$) лет. Безремиссионный тип течения отмечен у 7,1% (n=2) больных. Периоды воздержания от приема спиртного в этом случае не превышали 1-5 месяцев.

Неоднократно (от 1-го до 4-х раз) обращались за стационарной помощью 42,9% (n=12) больных. Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические стационары г. Москвы. Характерен ремиссионный тип течения алкогольной зависимости. Терапевтические ремиссии, в т.ч. наступившие после использования эмоционально-стрессовых психотерапевтических методик, продолжались от 0,6 месяцев до 5 ($3,1 \pm 0,48$) лет.

Мотивами, побудившими больных обратиться за помощью, были следующие: «осознание реальной алкогольной ситуации» (в первую очередь, беспокойность «утяжеляющимся похмельем», «опасения повторного приступа панкреатита», «тревога за возможное повторение судорожного припадка», «стыдно перед сыном») – 100% (n=28); инициатива семьи – 57,1% (n=16); по примеру или совету одного из авторитетных знакомых (в т.ч. вышестоящего руководства) – 25,0% (n=7); «неприятности, связанные с пьянством (в т.ч. угроза увольнения, претензии на работе, конфликты, дорожные аварии)» - 32,1% (n=9); «необходимость осуществить грандиозные планы» - 10,7% (n=3).

Патологическое влечение к спиртному у 42,9% (n=12) пациентов возникало ситуационно при виде и запахе алкоголя или пьющей компании, обострялось на фоне конфликтных ситуаций на работе и дома, чаще сопровождалось «борьбой мотивов» – у 66,7% (n=8) больных. У 39,3% (n=11)

пациентов влечение сопровождалось изменением состояния с появлением неопределенного дискомфорта, «внутренней напряженности», нервозности, иногда - подавленности и раздражительности. Другие больные (57,1%; n=16) говорили о первичном влечении, спонтанно возникавшем, чаще протекавшем «без борьбы мотивов» или «с борьбой мотивов» в течение непродолжительного времени, что в итоге все равно приводило к рецидиву заболевания.

Структура синдрома отмены алкоголя была представлена совокупностью соматических, неврологических и психопатологических расстройств. Длительность СОА в среднем составляла 5-7 суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от давности алкоголизации, длительности предшествующего запоя и суточной дозировки потребляемого алкоголя.

Таблица 36.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с дистимичной акцентуацией и в контрольной группе I (алк.) (в днях)

Симптомы	Дистимичные	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	2,2±0,29	2,43±0,21	0,78943	897,5
пониженное настроение	5,7±0,25	3,22±0,42	0,01447	539,5*
влечение к алкоголю	2,3±0,12	2,54±0,59	0,73428	891,0
нарушение засыпания	2,9±0,44	2,73±0,41	0,75398	893,5
поверхостный сон	2,7±0,14	2,54±0,95	0,69983	880,0
тремор	3,2±0,31	3,83±0,4	0,35216	701,0
атаксия в п.Ромберга	3,1±0,15	3,62±0,49	0,34299	694,5
тахикардия	2,6±0,73	3,22±0,61	0,28547	672,5
повышение АД	2,7±0,51	2,71±0,85	0,94786	901,5
пониженный аппетит	2,9±1,1	2,24±0,7	0,27645	670,0
жажда	1,7±1,04	1,92±0,6	0,67593	867,5
потливость	3,1±1,48	3,63±1,2	0,39674	697,0

число больных	28	140		
---------------	----	-----	--	--

Проведенное сравнение скорости убываний основных симптомов СОА с помощью U-критерия Манна-Уитни показало, что в группе лиц с дистимичными характерологическими акцентуациями по сравнению с контрольной группой I (алк.) достоверно дольше сохраняется *пониженное настроение* ($5,7 \pm 0,25$ и $3,2 \pm 0,4$, $p=0,01447$ соотв.). Длительность существования тревожных нарушений у дистимичных и в контрольной группе I ($2,2 \pm 0,3$ и $2,4 \pm 0,2$, $p=0,789$ соотв.) примерно одинакова.

В период СОА возникала тоска (в т.ч. с подавленностью, угнетенностью, общим дискомфортом) - у 100% (n=28) больных. Сниженное настроение со склонностью к самообвинению и самобичеванию – у 100% (n=28); замкнутостью, отгороженностью, желанием «чтобы все оставили в покое» - у 57,1 % (n=16); плаксивостью – у 67,9% (n=19); безразличием – у 32,1% (n=9); повышенной возбудимостью, раздражительностью, «нервозностью» – у 39,3% (n=11); тревогой – у 46,4% (n=13). Больные не скрывали массивности злоупотребления алкоголем, объясняли это «влечением и привычкой гасить все неприятности с помощью спиртного». При затрагивании в беседе эмоционально значимых проблем часто начинали плакать или становились грустными, при этом глаза заметно увлажнялись, наполнялись слезами. Больные обращали на себя внимание гипотимным фоном настроения, грустью в глазах, безрадостной, подавленной, тоскливо-угнетенной мимикой, нередко повышенной ранимостью, стремлением к одиночеству. Все, без исключения, пациенты винили себя в пьянстве, укоряли «за слабость», «невоздержанность к спиртному» («не могу сдержаться перед пузырьем», «не могу сказать себе – стоп»). Они признавали значительное усиление массивности пьянства в последние годы, появившиеся проблемы на работе и во взаимоотношениях с близкими (со слезами на глазах говорили, что «дети боятся пьяного отца»). Говорили, что хотят «полностью отказаться» от употребления алкоголя, «вернуться к

прежним занятиям». Во время СОА у одного больного (3,6%) возник кратковременный абортивный делирий. Этот пациент впоследствии делириозное помрачение сознания трактовал как «страшный сон». В одном наблюдении (3,6%) дважды возникали развернутые генерализованные судорожные приступы. Этот больной ранее занимался боксом и перенес неоднократные нокдауны и нокауты.

Критика к своему состоянию - признание себя больными алкоголизмом, осознание факта невозможности контролируемого пьянства, изначальные установки на полный отказ от алкоголизации («не могу пить понемногу – все уже проходил», «сто грамм - не стоп-кран, дернешь – не остановишься») имела у 46,4% (n=13) больных. Свое нежелание ранее обращаться за наркологической помощью больные, в большинстве случаев, объясняли тем, что опасались противостоять окружению, боялись оказаться «белой вороной». Частичная критика к состоянию, но с установкой на полную трезвость, частичным признанием у себя наличия отдельных признаков зависимости, сочеталась одновременно с отстаиванием позиции, согласно которой «всегда можно остановиться». Больные говорили: «пью не больше других», признавали, что есть «определенные проблемы», связанные с пьянством («не могу остановиться после 2-3 рюмок, как было раньше, несмотря на участвовавшие скандалы в семье и замечания на работе»). При этом они отрицали, что страдают алкогольной зависимостью. Это наблюдалось у 32,1% (n=9) больных. Отсутствие критики к состоянию наблюдалось у согласившихся на лечение только под давлением родственников. Однако, они поддавались рациональной психотерапии и коррекции, соглашались в дальнейшем на использование опосредованных методик, направленных на полный отказ от алкоголизации. Это обнаруживали 21,4% (n=6) больных. Пациенты не считали себя больными алкоголизмом, свое пьянство называли «распушенностью», но одновременно интересовались «радикальными» методами лечения, осознавали необходимость изменить сложившуюся ситуацию.

После окончания курсового стационарного лечения согласились на проведение «долговременной» методики - внутримышечной имплантации препарата «эспераль» с оговоренным сроком воздержания в течение 1-2 лет 25,0% (n=7) больных. Опосредованная психотерапевтическая методика «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от потребления спиртного в течение 0,5-1 года использовалась для лечения 60,7% (n=17) больных. От проведения «радикальных» психотерапевтических методик отказались 14,3% (n=4) больных, которые недооценивали тяжесть имеющихся у них расстройств, несколько недоверчиво относились к лечению, обнаруживали формальность в общении и незаинтересованность в работе с врачом. Им был рекомендован медикаментозный курс терапии, в т.ч. препараты антаксон, колме или лидевин.

В результате многолетнего злоупотребления алкоголем возникли личностные изменения по органическому типу у 35,7% (n=10) больных. Появлялись нарастающая раздражительность, недовольство окружающими. Больные жаловались на снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, проявления астении, слабодушия, депрессивных расстройств. Реже наблюдалось снижение критики, недооценка тяжести состояния, поверхностное отношение к злоупотреблению алкоголем. Сужение интересов в результате злоупотребления спиртным отметили 39,3% (n=11) больных. Согласно объективным данным, а также, со слов самих пациентов, отмечено появление и усиление депрессивных проявлений, замкнутости, повышенной чувствительности и сенситивности у 57,1% (n=16).

Таким образом, следует констатировать, что алкогольная зависимость у лиц с *дистимичными* чертами характера отличается мягким течением и характеризуется умеренно- и медленно-прогредиентным темпом формирования зависимости, а, также, склонностью к возникновению ремиссий.

СЕНЗИТИВНЫЕ. Обследовано 35 больных (11,3%) алкогольной зависимостью с сензитивными характерологическими акцентуациями. Все

пациенты отличались такими характерологическими чертами как повышенная чувствительность и ранимость, излишняя впечатлительность, стеснительность, неуверенность в себе, повышенная совестливость, фиксация на своих переживаниях и особенно на негативных событиях. Некоторые отличались обидчивостью, сдержанностью чувств, опасались разочарований.

Больные абсолютно сопоставимы по возрасту ($47,7 \pm 5,1$ (32-58) лет, $p=0,09$) с больными контрольной группы I (алк.) ($46,8 \pm 6,1$ (31-67) лет). Распределение по возрастным группам следующее: 32-35 лет – 14,3% (n=5); 36-40 лет – 31,4% (n=11); 41-45 лет – 25,7% (n=9) чел.; 46-50 лет – 17,1% (n=6); 51-58 лет - 11,4% (n=4). *Преобладающий возраст пациентов – от 36 до 40 лет.*

Средний возраст первого употребления алкоголя сопоставим с аналогичным возрастом представителей других групп, в т.ч. контрольной группы I (алк.) - $17,2 \pm 0,7$ (15-18) лет), в среднем он составляет $16,9 \pm 0,8$ (15-19) лет ($p=0,09$). Ритуальный характер первого употребления спиртного («день рождения», «окончание школы», «первая зарплата») отмечен в 94,3% (n=33) случаев; с целью повышения настроения – 42,9% (n=15); для самоутверждения («просто была компания – взяли на «слабо?»»), «уже взрослые и сильные») – 48,6% (n=17); с целью облегчения контактов («снятие напряжения», «под шашлык») – 31,4% (n=11). В компании сверстников начинали употреблять алкоголь – 48,6% (n=17); в кругу семьи – 28,6% (n=10); в компании старших по возрасту лиц, в т.ч. следуя производственным традициям – 22,9% (n=8).

Приятные воспоминания о первом употреблении спиртного, в основном вина (в т.ч. шампанского), в дозе не более 150-200 мл, реже пива в дозе до 0,5 л (в единичных случаях – водки до 150 мл), состоянии эйфории, легкого возбуждения сохранили 54,3% (n=19). Безразличные воспоминания остались у 37,1% (n=13). Неприятные воспоминания о первом знакомстве со спиртным остались у 8,6% (n=3) пациентов, которые выпили более 350 мл

портвейна. Вначале возникло возбуждение, а затем - рвота, сменившаяся сонливостью.

Средний возраст начала систематического злоупотребления алкоголем сопоставим с возрастом начала систематической алкоголизации у большинства представителей других групп, а также с возрастом больных в контрольной группе I (алк.) - $27,6 \pm 2,3$ (24-31) лет и составляет - $24,3 \pm 2,4$ (23-26) лет ($p=0,14$). До 25 лет начали систематически злоупотреблять спиртным 22,9% ($n=8$) больных; с 25 до 30 лет – 48,6% ($n=17$); после 30 лет - 28,6% ($n=10$). Основную группу составляли пациенты с началом систематического злоупотребления спиртными напитками в возрасте от 25 до 30 лет («сильно комплексовал, особенно перед девушками»).

Чаще всего, систематическое пьянство *сензитивные* объясняли следующими мотивами: подражание сверстникам, стремление к группированию («в компании») - 91,4% ($n=32$); для устранения напряжения, тревоги, робости, стеснительности - 97,1% ($n=34$); для повышения настроения - 74,3% ($n=26$); состояние после стрессов и конфликтов - 48,6% ($n=17$); ритуальное потребление – 42,9% ($n=15$).

Большинство (94,3%; $n=33$) больных отмечали, что начальный характер опьянения характеризовался веселостью, разговорчивостью с чувством расслабления. Это отметили 88,6% ($n=31$) больных. О развязности и дурашливости говорили 82,9% ($n=29$) - «энергия», «танцы до утра», «переоценка сил и возможностей»; о раздражительности – 14,3% ($n=5$). Предпочтение отдавали пиву, водке, коньяку, редко - винам в дозе до 400-500 мл. в пересчете на крепкие спиртные напитки.

Поводом к возобновлению пьянства при сформировавшейся алкогольной зависимости были названы такие мотивы, как необходимость устранить напряжение, усталость, «расслабиться» - 91,4% ($n=32$); состояние после конфликтов, стрессов («для разрядки») – 85,7% ($n=30$); хотели испытать опьянение, повысить настроение - 82,9% ($n=29$); уход от реальности, уход от проблем – 54,3% ($n=19$); «без видимых причин, из-за

появления тяги к спиртному» - 60,0% (n=21); «пил как все» - 31,4% (n=11); облегчение контактов, стремление к группированию – 37,1% (n=13); с целью «убить время» - 11,4% (n=4); ритуальный характер – 20,0% (n=7).

Возраст формирования СОА составлял $35,7 \pm 3,8$ (33-40) лет. Он был сопоставим с возрастом больных в *контрольной группе I (алк.)* - $35,6 \pm 3,8$ (32-43) ($p=0,98$). Длительность существования синдрома отмены алкоголя к моменту обследования была следующей: до 5 лет – 20,0% (n=7); от 6 до 10 лет – 42,9% (n=15); от 11 до 20 лет – 31,4% (n=11); свыше 20 лет – 5,7% (n=2). Принимая во внимание возраст начала систематического злоупотребления спиртным, темп формирования алкогольной зависимости у больных с сензитивными чертами характера следующий: до 5 лет – 40,0% (n=14); от 6 до 10 лет – 51,4% (n=18); от 11 до 15 лет – 8,6% (n=3). Таким образом, для больных алкоголизмом с сензитивными характерологическими акцентуациями характерен *средне-прогредиентный* темп формирования алкогольной зависимости ($10,1 \pm 3,7$ года).

Злоупотребление алкоголем большинства больных этой группы (88,6%; n=31) носило *запойный характер*. Характеризовалось периодическим многодневным потреблением (от 3 до 15 дней) и относительным постоянством ежедневно принимаемых доз алкоголя (от 0,5 до 1,5 л водки или других крепких спиртных напитков), интенсивно выраженными соматоневрологическими проявлениями СОА, перерывами в употреблении алкоголя, обусловленными как различными внешними обстоятельствами (псевдозапой), так и прекращением пьянства в связи с «насыщением», исчезновением патологического влечения к спиртному и плохим, в первую очередь физическим, самочувствием (истинные запои) со снижением толерантности к спиртному в конце запоя. Ежедневная форма пьянства наблюдалась у 11,4% (n=4) больных. Возобновление пьянства в 100% (n=35) случаев было связано с обострением первичного патологического влечения к алкоголю. Изменение настроения перед алкогольным эксцессом отмечали 65,7% (n=23), причем 65,2% (n=15) говорили о возникновении пониженного

настроения, подавленности, что чаще было связано с какими-либо конфликтными ситуациями или ситуациями расставания с близкими людьми, сопровождавшимися чувством тоски и одиночества. Нарастающее чувство напряжения, «невозможности расслабиться», появление тревоги, «ожидания чего-то плохого» отмечали 34,8% (n=8) больных, у 34,3% (n=12) обострение патологического влечения к спиртному наступало внезапно, на фоне полного благополучия, когда «без видимой причины просто захотелось эйфории». Непреодолимое спонтанно возникающее влечение без борьбы мотивов зафиксировано у 31,4% (n=11) больных, сопровождающееся борьбой мотивов - у 94,3% (n=33). Ситуационно возникающее патологическое влечение с борьбой мотивов, но без возможности его преодоления, зафиксировано в 45,7% (n=16) случаев, с возможностью его преодоления – в 51,4% (n=18).

Большинство (80,0%; n=28) пациентов по мере развития заболевания отмечали изменение характера опьянения по сравнению с начальным. Чаще всего возникало седативное опьянение - 54,3% (n=19); депрессивное - 14,3% (n=5); с возбуждением и агрессией - 5,7% (n=2); с проявлениями замкнутости - 14,3% (n=5); с обидчивостью и подозрительностью - 14,3% (n=5); с дурашливостью - 14,3% (n=5). Семеро (20,0%) больных сами не смогли отметить изменения картины опьянения по мере развития заболевания. Они продолжали говорить о сохранении эйфории с общей активизацией, хотя родственники сообщали о «дурашливости» и «гневливой раздражительности».

Длительность СОА в среднем составляла 3-5 суток. Тяжесть соматоневрологических и психических расстройств зависела от давности заболевания и длительности предшествующего запоя, суточных доз потребляемого алкоголя.

Таблица 37.

Продолжительность существования ведущих симптомов острого периода СОА у лиц с сензитивной акцентуацией характера и в контрольной группе I (алк.) больных (в днях)

Симптомы	Сензитивные	Контрольная группа I (алк.)	p	U
тревога	3,3±0,11	2,43±0,21	0,04321	589,0*
пониженное настроение	4,35±0,74	3,22±0,42	0,03635	581,5*
влечение к алкоголю	2,3±0,57	2,54±0,59	0,84632	824,0
нарушение засыпания	2,8±0,39	2,73±0,41	0,86753	849,0
поверхостный сон	2,3±0,48	2,54±0,95	0,85535	834,5
тремор	3,9±0,56	3,83±0,4	0,89641	851,0
атаксия в п.Ромберга	3,9±1,02	3,62±0,49	0,57327	819,5
тахикардия	3,6±0,23	3,22±0,61	0,49952	768,5
повышение АД	2,9±1,01	2,71±0,85	0,83639	793,0
пониженный аппетит	2,3±0,45	2,24±0,7	0,88962	789,5
жажда	2,1±0,38	1,92±0,6	0,84632	779,0
потливость	3,4±0,8	3,63±1,2	0,75388	785,5
число больных	35	140		

Проведенное сравнение скорости убываний основных симптомов СОА с помощью U-критерия Манна-Уитни показало, что у группы лиц с сензитивными характерологическими акцентуациями по сравнению с контрольной группой (алк.) достоверно позже редуцируются аффективные нарушения, в первую очередь, *пониженное настроение* (4,35±0,74 и 3,22±0,42, p=0,03635 соотв.) и *тревога* (3,3±0,11 и 2,43±0,21, p=0,04321 соотв.).

В структуре СОА тревожные проявления, в т.ч. с опасениями за свое состояние и выраженным влечением к спиртному, отмечали 88,6% (n=31) больных. Замкнутость, отгороженность со стремлением остаться в одиночестве, «чтобы все оставили в покое» - 50,0% (n=19); тоску – 94,3% (n=33); апатию – 77,1% (n=27); угнетенность с общим дискомфортом – 100% (n=35); пониженное настроение с самообвинением и самобичеванием, упреками в свой адрес за невоздержанность к спиртному («голову себе хочется открутить») – 100% (n=35); сензитивные идеи отношения – 48,6% (n=17); поиск помощи – 42,9% (n=15). Сензитивные во время СОА, в отличие

от пациентов других групп, не отмечали раздражительности, дисфории, агрессии. Только 14,3% (n=5) больных отметили в этом состоянии наличие «нервозности». Таким образом, в структуре СОА у лиц с сензитивными чертами характера преобладающими являются аффективные нарушения, характеризующиеся депрессивными проявлениями с повышенной чувствительностью, неразвернутыми идеями отношения, явлениями аутистической отгороженности, тревожными опасениями за свое состояние и активным поиском помощи. Больные обращали на себя внимание пониженным настроением, тоскливо-безрадостным выражением лица, склонностью жалеть себя, вспоминать прошлые обиды, озвучивать «чувство стыда». В поведении оставались тихими, незаметными, вкрадчивыми, предпочитали держаться в одиночестве, считая других пациентов отделения грубыми, циничными, «маргинальными».

Впервые обратились за медицинской помощью 25,7% (n=9) больных, причем у всех никогда ранее не возникали спонтанные ремиссии. Вместе с тем, длительность светлых промежутков между запоями могла достигать 3-4 месяцев. Впервые за стационарной медицинской помощью обратились 22,9% (n=8) больных, причем ранее они обращались за помощью к наркологам в амбулаторных условиях. В терапии использовались опосредованные психотерапевтические методики типа «кодирование» от 1-го до 3-х раз. Терапевтические ремиссии длились от 9 месяцев до 5 лет. Неоднократно (от 1-го до 3-х раз) обращались за стационарной помощью 51,4% (n=18) больных. Предыдущие стационарирования осуществлялись как в МНИИП, так и в другие наркологические и психиатрические стационары г. Москвы. Спонтанные ремиссии длительностью до 1 года возникали всего у 5,7% (n=2). В большинстве случаев (83,3%; n=15) алкоголизм отличался ремиссионным течением. Длительность терапевтических ремиссий измерялась сроком от 0,6 месяцев до 3,5 (2,1±0,03) лет. Возникали также периоды воздержания от потребления спиртного длительностью от 3 до 5 месяцев. Безремиссионное течение зафиксировано у 8,6% (n=3) больных. В

анамнезе у части больных зафиксированы психозы: 1 (2,9%) абортивный и 1 (2,9%) развернутый алкогольный делирий, 2 (5,7%) вербальных и 1 (2,9%) зрительный галлюциноз, наблюдался 1 (2,9%) развернутый судорожный припадок с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами.

Как и большинство представителей других групп, сензитивные акцентировали внимание врача на самостоятельном обращении за помощью - 100% (n=35). Причиной обращения называли инициативу семьи - 37,1% (n=13); «осознание реальной алкогольной ситуации» - 45,7% (n=16); обращение по примеру или совету одного из авторитетных людей - 25,7% (n=9); необходимость осуществить намеченные планы - 17,1% (n=6); моду на трезвый образ жизни - 14,3% (n=5). При этом полную критику к состоянию и заболеванию, с признанием наличия у себя признаков алкогольной зависимости и осознанием невозможности контролируемого пьянства, демонстрировали 25,7% (n=9); частичную критику, с признанием наличия у себя большинства симптомов заболевания, но с сомнениями в невозможности «пить умеренно» («стыд признаться в том, что есть проблемы»), с установкой на недлительный отказ от приема спиртного демонстрировали 74,3% (n=26) больных. Эти пациенты значительно занижали тяжесть злоупотребления спиртными напитками, обнаруживали установку на полный отказ от потребления алкоголя, но стремились к решению своих проблем с помощью специалистов, а не собственными усилиями.

В конце курса терапии при лечении 37,1% (n=13) больных была использована опосредованная психотерапевтическая методика в виде внутримышечной имплантации препарата «пролонг» с условно-оговоренным сроком воздержания от употребления спиртного от 1 до 3 лет. При лечении 22,9% (n=8) использована методика «торпедо» с условно-оговоренным сроком воздержания от алкоголя в течение одного года. Остальные пациенты (40,0%; n=14) были выписаны после отказа от проведения опосредованных психотерапевтических методик. Они подчеркивали «отвращение к алкоголю»

на фоне «усиления внутреннего спокойствия», декларировали наличие трезвенических установок и стремление «самостоятельно справиться с этим». Им было рекомендовано проведение поддерживающей терапии, в т.ч. прием легких антидепрессантов в сочетании с антаксоном, лидевинном, или колме. Из этих пациентов 35,7% (n=5) при обсуждении перспектив получения помощи склонялись к воздержанию от применения «долговременных» вариантов терапии. Они говорили о прошлом опыте поддержания ремиссии путем получения месячных курсов лидевина или антабуса с такими же месячными перерывами отказа от их приема в течение 0,5 – 1 года.

За годы злоупотребления алкоголем заострение характерологических особенностей и появление новых черт, в т.ч. нарастание обидчивости, отметили 42,9% (n=15) больных; замкнутости - 22,9% (n=8); мнительности - 25,7% (n=9); депрессивных проявлений («уныние») - 28,6% (n=10); сужение интересов - 14,3% (n=5); появление признаков психопатизации с раздражительностью, вспыльчивостью, несдержанностью - 22,9% (n=8). Проявления психоорганического синдрома со слабодушием, жалобами на снижение концентрации внимания, ослабление памяти, явления общей астенизации зафиксированы у 34,3% (n=12) больных. Отметили, что злоупотребление алкоголем «адаптировало» их к внешней среде за счет значительного «приглушения» проявлений робости, чувствительности, «мягкотелости» («сдержанность чувств из-за опасения разочарований»), возможности стать «трезвее», «грубее», «жестче» - 22,9% (n=8) больных.

4.1. Основные принципы терапии больных алкогольной зависимостью, сочетающейся с различными характерологическими акцентуациями.

Лечебная помощь больным, страдающим алкогольной зависимостью, сочетающейся с различными акцентуациями характера и личностными расстройствами, осуществлялась в соответствии с основными принципами терапии наркологических заболеваний (Иванец Н.Н., 1995; Дмитриева Т.Б.,

Игонин А.Л., Клименко Т.В., 2000; Иванец Н. Н., Винникова М. А., 2008): добровольность, этапность, комплексность, максимальная индивидуализация и выработка мотивации на полный отказ от употребления спиртного.

Первый этап лечения предусматривал интенсивную терапию по прерыванию запоя, купированию СОА, подавлению патологического влечения к спиртному.

На втором этапе проводилась восстановительная и противорецидивная терапия в соответствии с принципами дифференцированного подхода и индивидуализации лечебного процесса с учетом особенностей клинической картины заболевания, преморбидной структуры характера и степени изменений личности. Применялись методы терапии, позволяющие дезактуализировать патологическое влечение к спиртному, помогающие восстановлению здоровых интересов с выработкой мотивации на полную трезвость. На этом этапе активно сочетались ПФТ с различными видами психотерапевтической помощи в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи по профилю «психиатрия-наркология».

Основными задачами купирования запойных состояний и синдрома отмены алкоголя являются обрыв потребления алкоголя, нормализация сна, предупреждение возникновения судорожных припадков и психозов, подавление влечения к алкоголю.

В настоящее время в повседневной клинической и амбулаторной практике лечения больных алкоголизмом применяются практически все основные группы психофармакологических препаратов (Авруцкий Г.Я., 1984; Авруцкий Г.Я., Нисс А.И., 1989; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994; Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М., 1999; Крылов Е.Н., 2004; Гофман А.Г., Кожина Т.А., 2006).

Показаниями к применению фармакологических средств являются СОА, обострение патологического влечения к алкоголю, аффективные нарушения как возможные провокаторы влечения к спиртному или

сопутствующие ему. Наиболее важным при этом является своевременное и быстрое купирование депрессивных и тревожных расстройств.

Купирование СОА достигалось поэтапным и сочетанным введением комплекса лекарственных средств: дезинтоксикационных и общеукрепляющих, симптоматических, спазмолитических, гепатотропных, психотропных.

Важным компонентом интенсивного лечения являлась инфузионно-трансфузионная терапия, целью которой являлась как дезинтоксикация, так и регидратация, необходимая после больших потерь жидкости. В основном инфузионно вводились препараты дезинтоксикационного (гемодез, полидез), реологического (реополиглюкин, альбумин) и метаболического (полийонные растворы, поляризирующая смесь) действия.

Учитывая патогенез возникающих при алкогольной зависимости расстройств, обоснованным является использование препаратов, обладающих нейропротекторными свойствами, в т.ч. цитофлавина. Цитофлавин обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывает положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, уменьшая продукцию свободных радикалов и восстанавливая активность ферментов антиоксидантной защиты. Цитофлавин применялся в комплексном лечении синдрома отмены алкоголя для коррекции нарушений, носящих неспецифический характер, а именно нарушений процессов свободнорадикального окисления, антиоксидантной защиты, эндотоксикоза, для повышения активности детоксикации, что, в свою очередь, приводило к уменьшению вегетативных, диссомнических, аффективных и токсических проявлений отмены этанола. Цитофлавин вводился внутривенно капельно по 10,0 мл на 400 мл физиологического раствора 1-2 раза в сутки в течение 5 дней существования СОА.

Обязательно проводилась витаминотерапия: витамин В1(тиамин) по 2-4 мл 6% раствора внутримышечно (150-300 мг/сут.), витамин В6

(пиридоксин) по 2-4 мл 5% раствора внутримышечно, витамин С (аскорбиновая кислота) – 100 мг/сут., витамин РР (никотиновая кислота) – 50 мг/сут., фолиевая кислота в дозе 5 мг/сут., липоевая кислота в дозе 150 мг/сут.. С вегетостабилизирующей целью назначался глицин по 0,1 г 3 раза в день, внутривенно вводилось 10-20 мл 25% раствора сернокислой магнезии, т.к. катион магния обладает легким седативным, противосудорожным и гипотензивным эффектом. Использовались различные поливитаминные препараты: аснитин, пентовит, гептавит, ревит, глутамевид. Вводились тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол), действие которых основано на активности сульфгидрильных групп, связывающих токсические продукты.

С целью купирования СОА, сопровождающегося двигательным беспокойством, тревогой, страхом, выраженной тягой к спиртному, а также для устранения психопатоподобных нарушений (3,5%, n=11) могли назначаться галоперидол (10-15 мг) с диазепамом (20-40 мг). При тяжелом синдроме отмены алкоголя, сочетающемся с тревожностью, суетливостью, нарушениями сна, единичными обманами восприятия, эффективным оказывалось внутривенное капельное введение 2 мл 0,25% раствора дроперидола с 2 мл 0,1% раствора феназепама на 200 мл физиологического раствора (6,8%, n=21). До засыпания скорость введения препаратов составляла 100-120 кап./мин. с последующим переходом на медленную инфузию (20-40 кап./мин.). Достаточно быстро уменьшалось суетливое возбуждение, затем наступал длительный сон. После пробуждения отмечалась значительная редукция симптомов СОА.

Имеются данные о применении левомепромазина (тизерцина) и хлорпромазина (аминазина) для купирования СОА, но выраженное гипотензивное действие ограничивает показания для назначения этих препаратов. Необходимо отметить, что назначение хлорпромазина и левомепромазина с целью купирования СОА, а также алкогольных

психозов, утяжеляет имеющуюся энцефалопатию и может привести в некоторых случаях к смерти больных. Противопоказано их применение в качестве седатиков.

Механизм действия нейролептиков связан с блокадой ретикулярной формации за счет адрено-, холино- и серотонинергических эффектов. Специфическое действие нейролептиков связывается с блокадой ими дофаминовых рецепторов мозга, и особенно, экстрапирамидной системы. *Показания к применению нейролептиков должны определяться психическим состоянием.* Существенной стороной их действия является седативный эффект, а продолжительность терапии определяется быстротой наступления достаточно длительного сна.

В случае преобладания тревожных, тревожно-тоскливых проявлений с неусидчивостью, отвлекаемостью, пугливостью, раздражительностью, а также дисфорических расстройств, применялись психотропные средства с анксиолитической, седативной, антидепрессивной, гипногенной, вегетостабилизирующей и антикревлинговой активностью (диазепам, феназепам, тиаприд, флупентиксол). Назначались антидепрессанты «нового» поколения: адеметионин (гептрал), миансерин (леривон, миансан), мirtазапин (ремерон), отличающиеся существенно меньшей токсичностью, отсутствием холинолитической активности. В комплексную терапию включались средства метаболического действия с вегетостабилизирующими, легкими транквилизирующими и антидепрессивными эффектами: мексидол, афобазол, биотредин, фенибут.

Многолетнее и разнообразное использование транквилизаторов (диазепам, нитразепам, феназепам) в наркологии показало их широкие терапевтические возможности, в первую очередь, на этапе купирования синдрома отмены алкоголя и запойных состояний. Отрицательные проявления их действия выражаются в угнетении моторных и когнитивных функций, появлении выраженной слабости, вялости, атаксии, дневной

сонливости с ощущением разбитости. Особенно заметно негативное влияние производных бензодиазепина при сопутствующих тяжелых соматических и неврологических заболеваниях. Кроме того, отмечается изменение толерантности к бензодиазепинам при длительном их применении и, как следствие, развитие привыкания и болезненного пристрастия.

Учитывая вышеизложенное, представляется целесообразным введение в клиническую практику новых селективных анксиолитиков с хорошей переносимостью, низкой токсичностью, благоприятным профилем взаимодействия с другими лекарственными средствами, применение которых не сопровождается явлениями лекарственной зависимости и синдромом отмены.

Было проведено сравнительное исследование эффективности действия препаратов афобазол (n=30) и гидроксизин (атаракс) (n=25) на скорость купирования соматоневрологической и аффективной симптоматики СОА в комплексе со стандартной и общеукрепляющей терапией у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера. Афобазол обнаруживает мягкое анксиолитическое действие, не вызывая явлений слабости, вялости, заторможенности, не вызывает привыкания. В зависимости от тяжести течения СОА доза препарата достигает 30-60 мг в сутки. (Кожина Т.А., Гофман А.Г., Варфоломеева Ю.Е., Шевелева О.С., 2007). При лечении афобазолом в средних терапевтических дозах больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера выявлена его высокая активность ($p \leq 0,05$) в отношении купирования соматовегетативных (потливость, жажда, снижение аппетита), неврологических (тремор, атаксия) и аффективных (тревога) проявлений СОА.

Гидроксизин (атаракс) известен как атипичный транквилизатор, отличающийся от бензодиазепинов механизмом центрального действия.

Выявлена высокая ($p \leq 0,05$) активность гидроксизина в качестве препарата, устраняющего неврологические (тремор) и соматовегетативные (потливость, жажда) проявления похмельного синдрома у больных алкоголизмом с различными акцентуациями характера. В более короткие сроки ($p < 0,05$) ускоряется засыпание. Суточная доза препарата - 50 мг (по 12,5 мг утром – днем и 25 мг на ночь). (Гофман А.Г., Варфоломеева Ю.Е., Колодный В.М., Кожина Т.А., Шевелева О.С., 2006).

Эффект использования миансерина (леривона), относящегося к классу антидепрессантов нового поколения с отсутствием антихолинергического компонента действия в отношении купирования основных симптомов СОА, по данным сравнительных клинических исследований распространяется не только на аффективную симптоматику.

Установлено значительное воздействие миансерина на аффективные нарушения в структуре СОА по сравнению с контролем (группа больных, не получавших препарат). Отмечено выраженное влияние препарата на тревожный компонент депрессии ($p < 0,01$). Достоверно быстрее больные, получавшие препарат ($n=30$), отмечали «общее успокоение», исчезновение «нервозности». Намного быстрее исчезали тревога, нетерпеливость, напряженность, настроение становилось более ровным. У больных, получавших препарат, существенно быстрее исчезала безрадостность с идеями самообвинения, они становились активнее. Однако, снижение настроения с психомоторной заторможенностью, подавленность с чувством безысходности, некоторое безразличие к окружающему сохранялись некоторое время и на фоне приема миансерина.

При устранении СОА нооклеринем ($n=40$) в сочетании с феназепамом на фоне стандартной дезинтоксикационной терапии отсутствовали присущая пациентам, получавшим исключительно феназепам, дневная сонливость и выраженная моторно-идеаторная заторможенность. В то же время, видимо, за счет выраженного сбалансированного ноотропного эффекта у больных,

получавших нооклерин, в более короткие (статистически достоверные) сроки улучшались ночное засыпание и качество ночного сна. Данные клинического обследования, в основном, совпадали с субъективной оценкой своего состояния больными – достаточно быстро исчезали кошмары и сны алкогольного содержания, утром пациенты отмечали бодрость и чувство отдыха после сна, улучшение общего самочувствия. Эти больные были более активными уже на 2-е сутки пребывания в стационаре, начинали играть в бильярд, настольный теннис. Значительно быстрее, чем у пациентов, находившихся на терапии только феназепамом, редуцировались слабость, вялость, ощущение разбитости и чувство общего дискомфорта (Кожина Т.А., Гофман А.Г., Немкова Т.И., Шеин В.В., Ромашкина Н.В., 2016).

Динамика похмельного синдрома в группах больных, отличающихся по характеру применявшейся фармакотерапии на фоне стандартной дезинтоксикационной и седативной (диазепам или феназепам) терапии у больных с различными акцентуациями характера, нашла известное отражение в количестве дней, необходимых для полного исчезновения того или иного симптома в структуре СОА, что отражено в таблице 38.

Таблица 38.

Продолжительность существования основных симптомов СОА у больных с различными акцентуациями характера, получавших различное лечение.

Симптомы ААС	Конт- роль	Ноок- лерин	Афобазол	Мекси- дол	Миансе- рин	Тразо- дон	Гидрок- сизин
Тревога	3,6±0,5	3,3±2,1	1,9 ± 0,4*	2,7±0,5*	1,7±0,3**	2,5±0,7**	2,3±0,7**
Пониж. настроение	3,8±1,3	2,1±0,6**	3,4 ± 0,6	3,1±0,9	2,7±1,4*	2,9±0,8*	3,4±0,9
Влечение к алкоголю	3,4±1,6	2,3±1,2*	2,9 ± 0,8	2,5±0,2**	2,3±0,4**	2,5±0,5**	2,6±0,3*
Наруш. засыпания	3,6±1,2	3,0±0,7*	2,5 ± 0,6*	2,7±0,6*	2,3±0,7**	2,5±0,3**	2,4±0,6**
Поверх. сон	3,0±1,2	2,1±0,3*	2,1 ± 0,4*	2,1±0,7*	2,1±0,5**	2,1±0,4**	2,5±0,9

Тремор	3,8±1,3	2,5±1,0**	2,3 ± 0,3***	2,7±0,5**	2,7±1,4*	3,2±0,8	2,9±0,7*
Атаксия в п. Ромберга	3,4±0,6	2,2±0,5**	2,4 ± 1,2*	2,5±0,3*	2,9±0,8	2,9±0,5	3,2±0,8
Тахикардия	3,8±1,1	2,9±1,2*	3,3 ± 0,6	3,5±0,6	3,9±0,6	3,3±0,4	3,1±0,9
Повыш. АД	3,3±0,5	4,2±1,8	3,1 ± 0,3	2,9±0,4	3,6±0,8	3,1±0,9	3,2±0,7
Пониж. аппетита	3,3±1,3	2,1±0,7**	2,4 ± 0,2*	2,1±0,7**	2,4±0,3**	3,0±0,7	3,1±0,4
Жажда	2,9±0,7	2,4±0,9	1,6 ± 0,2**	1,9±0,7**	2,5±0,4	2,6±0,3	2,0±0,3**
Потливость	3,9±1,3	2,6±1,2*	2,2 ± 0,7***	2,5±0,8**	2,9±0,7**	3,4±0,9	2,5±0,8**
Число б-х в группе	40	40	30	50	30	25	25

Примечание: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$; *** - при $p < 0,001$

Вегетостабилизирующий и анксиолитический эффекты в большей степени проявляются при использовании помимо стандартной дезинтоксикационной терапии в сочетании с диазепамом или феназепамом дополнительно таких препаратов как мексидол, афобазол, гидроксизин, миансерин (леривон), мirtазапин (ремерон) у больных алкоголизмом с различными акцентуациями характера. Пресомнические и интрасомнические расстройства значительно быстрее устраняются при дополнительном использовании гидроксизина (25 мг на ночь), мirtазапина (30-45 мг на ночь), миансерина (30 мг на ночь), тразодона (150 мг на ночь) по сравнению с контрольной группой больных алкоголизмом с различными акцентуациями характера, которым не назначались указанные препараты.

Подавление влечения к опьянению и устранение аффективных расстройств у больных с различными акцентуациями характера начиналось с этапа купирования синдрома отмены алкоголя. Комплексная терапия с использованием ноотропов, антидепрессантов и транквилизаторов приводила к опосредованному устранению патологического влечения к спиртному. Для подавления выраженного влечения к алкоголю (двигательное беспокойство,

ажитация, тревога, страхи, психопатоподобное поведение) в редких случаях (коротким курсом – не более 1-2-х дней) использовались следующие препараты: галоперидол, перициазин (неулептил), тиоридазин (меллерил, сонапакс, тисон), хлорпротиксен (труксал), тиаприд, сульпирид.

Следует подчеркнуть, что использование определенных психотропных препаратов определяла не принадлежность к той или иной группе акцентуаций, а клинико-психопатологическая картина синдрома отмены алкоголя и психический статус больного. Учитывая выявленные особенности сомато-неврологического и психического статуса у больных алкогольной зависимостью, относящихся к различным типам характерологических акцентуаций были разработаны определенные схемы психо-фармакотерапии для её применения на различных этапах заболевания.

Купирование запоев и СОА у больных с различными акцентуациями характера. Помимо проведения стандартной дезинтоксикационной, седативной и общеукрепляющей терапии залогом успеха с целью более быстрой стабилизации состояния и подавления патологического влечения к алкоголю является назначение с первых дней дифференцированной терапии для лиц с различными акцентуациями характера. Назначение антидепрессантов из группы СИОЗС с целью устранения аффективной патологии в структуре патологического влечения к алкоголю актуально для представителей всех групп, кроме стеничных. Целесообразно, учитывая структуру аффективных нарушений и симпатикотонию в остром периоде СОА, назначение миртазапина (30 мг), миртазонала (30 мг) и тразодона (150 мг) на ночь, важно наличие у этих препаратов активности в устранении пре- и интра-сомнических нарушений. Эффективно назначение пирлиндола (пиразидола), флуоксетина, цитолапрама в утренние и дневные часы. Применение мексидола, афобазола, нооклерина, гидроксизина в период СОА значительно смягчает его течение, активно воздействуя на психоневрологическую и соматовегетативную симптоматику острого периода. Исключено с целью купирования СОА использование

холинолитических антидепрессантов (амитриптилина, имипрамина) с учетом возможного усугубления токсической энцефалопатии и развития холинолитического делирия.

С целью предотвращения рецидивов пьянства для подавления патологического влечения к алкоголю, стабилизации состояния у больных с различными акцентуациями характера на этапе предрецидива стремились не допустить ухудшения психического состояния с появлением и нарастанием общего дискомфорта, внутреннего напряжения и повышения уровня тревожности. Целесообразным являлось назначение коротким курсом дневных транквилизаторов (грандаксин, мебикар, афобазол). Учитывая появление и нарастание раздражительности, в том числе с повышенной возбудимостью и агрессивностью у *аструктурных, эпилептоидов, истероидов*, а также у *дистимичных и циклоидов*, эффективным для выравнивания настроения является назначение краткосрочных курсов нормотимической терапии (карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, ламотриджин). Для смягчения и устранения аффективных (тревно-депрессивных) нарушений в структуре патологического влечения к алкоголю у *дистимичных, циклоидов, эпилептоидов, истероидов, шизоидов, сенситивных и ананкастных* весьма эффективными оказались антидепрессанты, у которых выражены, в том числе, вегетотропный и анксиолитический эффекты (миансерин, мirtазапин, пиразидол, тразодон).

Методами, способствующими формированию терапевтической ремиссии у больных алкогольной зависимостью сочетающейся с различными характерологическими акцентуациями, явились различные виды психотерапии в сочетании с фармакотерапией. Достаточно эффективными методами для достижения устойчивых многолетних ремиссий оказались запретительные в отношении потребления алкоголя опосредованные психотерапевтические методики с плацебо-эффектом (Сухоруков В.И., 1983; Рязанцев В.А., 1983; Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988; Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. и др., 1988; Никитин Ю.И., 1990; Гофман А.Г.,

Магалиф А.Ю., 1991; Энтин Г.М., 1991, 1994; Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И., 1991; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994; Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динеева Н.Р., 1994; Erickson M., Rossi E., Rossi S., 1999; Humphreys K., 1999; Ferry M., Amato L., Davoly M., 2006; Anton R.F., O Malley S.S., Ciraulo D.A. et al., 2006; Чернобровкина Т.В., 2008; Ханьков В.В., Шлемина И.В., 2018 и др.). У 52,6% (n=163) больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера при использовании этих методик отмечены терапевтические ремиссии длительностью от 0,5 года до 13 лет. Длительность терапевтических ремиссий у *стеничных* составляла – $3,6 \pm 1,2$ года (2-10 лет), у *циклоидов* $-2,8 \pm 0,5$ лет (1-5 лет), у *шизоидов* $- 1,3 \pm 0,06$ (1-2 года), у *ананкастных* $- 1,7 \pm 0,3$ (1-3 года), у *эпилептоидов* $- 3,6 \pm 1,03$ (1-13 лет), у *конформных* $- 3,5 \pm 1,2$ (0,6-6 лет), у *истероидов* $- 1,5 \pm 0,4$ (1-3 года), у *дистимичных* $- 2,3 \pm 0,06$ (9 мес.-5 лет), у *сенситивных* $- 2,1 \pm 0,03$ (0,5-3,5 лет), у *аструктурных* $- 1,6 \pm 0,04$ (1-3,5 лет).

При наличии критики к заболеванию и установке на трезвый образ жизни характерологические особенности больных влияли на выбор мишеней психотерапевтического воздействия. При лечении *стеничных* больных, в подавляющем большинстве случаев (72,5%, n=37), опирались на личностную сохранность и высокую социализацию, делая акцент на эти особенности при применении рациональной психотерапии. При нежелании посещать групповые занятия, недостаточной эффективности индивидуальной психотерапии за счет замкнутости и неготовности обсуждать свои проблемы, *шизоиды* (67,7%, n=22) хорошо поддавались влиянию рациональной психотерапии. *Эпилептоиды* (58,6%, n=17), *циклоиды* (76,3%, n=29), *дистимичные* (64,3%, n=18) в совокупности с рациональной требовали активного использования семейной психотерапии. *Аструктурные* (76,0%, n=19) и *конформные* (72,5%, n=37) поддавались, в основном, суггестивному внушению. При лечении *дистимичных* (75,0%, n=21) акцент смещался в сторону индивидуальной психотерапии, путей активного включения поиска позитивных замещающих. Ситуационный тренинг (социально-

психологический тренинг) давал выраженные позитивные изменения у *истероидов* (64,7%, n=11), *ананкастных* (69,4%, n=25) и *сенситивных* (77,1%, n=27). Методы аутогенной релаксации охотно использовали *сенситивные* (82,9%, n=29). У представителей всех групп вызывала интерес и, впоследствии, давала позитивный эффект когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

С целью стабилизации терапевтической ремиссии широко использовались методы аверсивной терапии с курсовым назначением препаратов колме, лидевин, эспераль, тетурам. Также, с целью подавления влечения к спиртному, применялся блокатор опиатных рецепторов вивитрол. Проводилась психокоррекционная работа с больными и их родственниками с использованием рациональной, семейной, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, а также, работой по программе «Точка Трезвости». Некоторые больные после выписки из клиники по рекомендации врача становились активными участниками программы «Анонимные Алкоголики».

Существует еще один качественный признак, который позволяет ориентироваться в отношении дальнейшего прогноза и должен, в первую очередь, учитываться при проведении рациональной психотерапии. Наличие критики к состоянию, возможность признать себя больным алкоголизмом, а, следовательно, готовность прислушиваться к врачебным рекомендациям и следовать им, коренным образом поменять позицию в отношении употребления алкоголя является одним из основных факторов, способствующих успеху лечения.

Среди больных алкоголизмом с различными акцентуациями характера по данным стационарного обследования считают себя страдающими зависимостью, а, следовательно, признают невозможность контролируемого потребления спиртного 34,8% (n=108) пациентов. Не считают себя больными алкоголизмом 28% (n=87) пациентов (трактовки - «алкоголик тот, кто все пропил и под забором валяется», «я не алкоголик, а просто любитель выпить», «здесь только потому, что дочь считает мое поведение

неправильным», «докатился, это просто дурость»). Около 37% (n=115) пациентов, формально признающих наличие признаков алкогольной зависимости, не считают это болезнью и сомневаются в невозможности в дальнейшем умеренного потребления спиртного. Достаточно часто, даже при наличии полной критики к состоянию, пациенту очень сложно следовать принципу полной трезвости. «Понимаю, что дважды два четыре, а каждый раз, поднимая рюмку, думаю – авось пятерочка сложится?». Тут вступает в силу очень важный психологический фактор. С одной стороны, понять и принять необходимость абсолютной трезвости, а с другой, признать себя отличающимся от большинства людей, которые могут без отрицательных последствий и «в удовольствие пропустить стаканчик». На основании длительной психотерапевтической работы с такими больными было установлено, что определяющим фактором в возникновении рецидива алкоголизации является не снижение критики к состоянию, не присутствие компенсаторных психологических защитных механизмов, а осознанное стремление к опьянению, желание ощутить особое состояние эйфории, расслабления, отсутствия внутреннего напряжения, получение всех тех ощущений, которое дает опьянение. При абсолютно осознанном понимании неизбежности развития последующего периода запойного пьянства с невозможностью самостоятельного прекращения приема спиртного больные, тем не менее, уверенно констатировали «не хочу лишать себя драйва». Учитывая высокий уровень социальной адаптации и осознание вероятных негативных последствий своего пьянства, некоторые пациенты заранее планировали «срыв». Чаше рецидивы заболевания совпадали с очередными отпусками, окончанием проектной деятельности и отсутствием необходимости присутствовать на рабочем месте, а также «возможностью на время отойти от дел».

С больными I группы (52,0%, n=163), состоявшей из лиц, признающих себя больными алкогольной зависимостью, в подавляющем большинстве случаев был установлен хороший комплаенс. Они проявляли искреннюю

заинтересованность в лечении, охотно следовали врачебным рекомендациям, прислушивались к советам и, помимо основной терапии, курсовое лечение заканчивалось применением одной из методик опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии на фоне массивной рациональной психотерапии. Такие больные, поступая в отделение, отличались от остальных уже сформированными трезвеническими установками.

Пациенты II группы (22,9%, n=71), состояли из лиц, не признающих себя больными алкогольной зависимостью. Несмотря на проводимую рациональную и другие виды психотерапии они настороженно относились к лечению, отказывались от проведения «радикальных» процедур, ссылаясь на «осознание» того, что с ними происходит, и желание «самостоятельно» не пить. Присутствовали витиеватые рассуждения о том, что если они сами не захотят выпить, то «никакие методы» их «удержать не смогут» и что для этого необходимо «осознание в голове». Поступление в отделение чаще объясняли желанием «почиститься», провести дополнительное обследование у специалистов или просто необходимостью «успокоить родственников». Достаточно быстро после выписки они вновь возобновляли пьянство и повторно госпитализировались в клинику. Два пациента, принадлежащие к этой группе, были выписаны из отделения за нарушение режима трезвости.

Пациенты III группы (24,5%, n=76) - это так называемые «сомневающиеся». В этом случае удавалось довольно легко добиться становления ремиссии и дальнейшего поддержания режима трезвости. Мотивом госпитализации и готовностью сотрудничать со специалистом наркологом служило понимание «невозможности справиться с собой». «Все время сам собираюсь бросить пить, а не получается». Пациенты не пытались оправдать свое пьянство, открыто заявляли, что «всегда есть какие-то обстоятельства», но, тем не менее «надо научиться жить трезво». Они внимательно слушали врача, пытались понять закономерности формирования зависимости и особенности течения заболевания, достаточно трезво оценивали свои возможности и не стеснялись обсуждать свои проблемы. Тем

не менее, именно в этой группе, несмотря на осознание имеющихся и связанных с пьянством проблем, было заметно скрытое сопротивление в признании себя больным алкоголизмом. Вместе с тем, находя у себя наличие признаков зависимости, пациенты готовы были следовать рекомендациям нарколога. В большинстве случаев в процессе работы они соглашались на проведение «радикальных» процедур, но не скрывали того, что через некоторое время они все-таки «попытаются доказать», что смогут контролировать дозу спиртного.

Следует подчеркнуть, что распределение пациентов, страдающих алкогольной зависимостью средней (второй) стадии, на вышеуказанные группы не находилось в прямой зависимости от типа характерологических особенностей. Среди лиц с различными акцентуациями характера встречались больные с различными установками. Единственное, необходимо отметить, что при желании больных вести трезвый образ жизни их характерологические особенности влияли на выбор мишеней психотерапевтического воздействия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-психопатологический анализ расстройств личности, возникающих вследствие алкоголизма, сожержится в трудах многих известных психиатров-наркологов (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1928; Гиляровский В.А., 1935; Жислин С.Г., 1965; Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973; Jellinek E., 1946, 1960; Bleuler, 1979 и др.). По мнению ряда современных авторов (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001; Егоров А.Ю., 2004; Менделевич В.Д., Аксельрод Б.А., Борцов А.В., Гарницкая А.С., 2007, Минков Е.Г., 2018), склонность к аддикции является устойчивым личностным паттерном, реализующимся в рамках различных, нередко сменяющихся форм зависимости.

В отличие от концепции, утверждающей наличие структурных аномалий личности в преморбиде больных алкоголизмом, существует точка зрения на алкогольную болезнь, как своеобразное развитие личности (Wyss R., 1967; Зухарь В.П., Зейгарник Б.Ф., 1976; Гофман А.Г., 2003; Магалиф А.Ю., Понизовский П.А., 2010). По мнению Гофмана А.Г. (2003), у лиц злоупотребляющих алкоголем, в результате многолетнего пьянства появляются психопатоподобные расстройства (расстройства личности), которые при длительном воздержании от алкоголя могут подвергнуться полной или частичной редукции.

При достаточно широкой представленности различных концепций в отношении этиологии алкогольной зависимости только в последней четверти XX века более интенсивно стали изучаться психологические особенности личности у больных алкоголизмом в рамках системно-функционального подхода к проблеме (Бехтель Э.Е., 1986; Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1988; Завьялов В.Ю., 1988; Kilti K., 1980; Асмолов А.Г., 2001; Silber A., 1982; McLellan A.T. et al., 1993). Актуальным остается вопрос о связи личности с зависимым поведением и возможности прогнозирования формирования алкогольной зависимости с учетом 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; Менделевич В.Д., 2005). Теме личности и алкоголизма посвящено множество исследований в наркологии, однако, следует подчеркнуть, что в подавляющем большинстве, работы носят описательный характер (психопатохарактерологические, морально-этические особенности, социально-бытовые оценки). Между тем, целостный научный психопатологический подход и клинико-психологический анализ изменений личности в динамике развития алкогольной зависимости до сих пор явно недостаточны (Завьялов В.Ю., 1988; Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю., 1988; Макаров В.В., 1999; Дереча В.А., Дереча Г.И., Карпец В.В., Дереча Г.И., 2005). В последние десятилетия появились исследования, в которых с позиции доказательной медицины показано, что изменения, формирующиеся при развитии алкогольной зависимости, складываются из расстройств, обусловленных как биологическими механизмами (они развиваются органического снижения личности), так и патопсихологическими, обуславливающими заострение определенных черт характера и формируя признаки аддиктивной личности (Дереча Г. И., 2005; Мищенко Л. В., 2005; Гиленко М. В., 2016; Brown R. A., Evans D. M., Miller I. W. et al., 1997)

Целью исследования являлось установление особенностей формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера в рамках реализации индивидуального (личностного) подхода.

Для достижения поставленной цели были определены следующие 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.

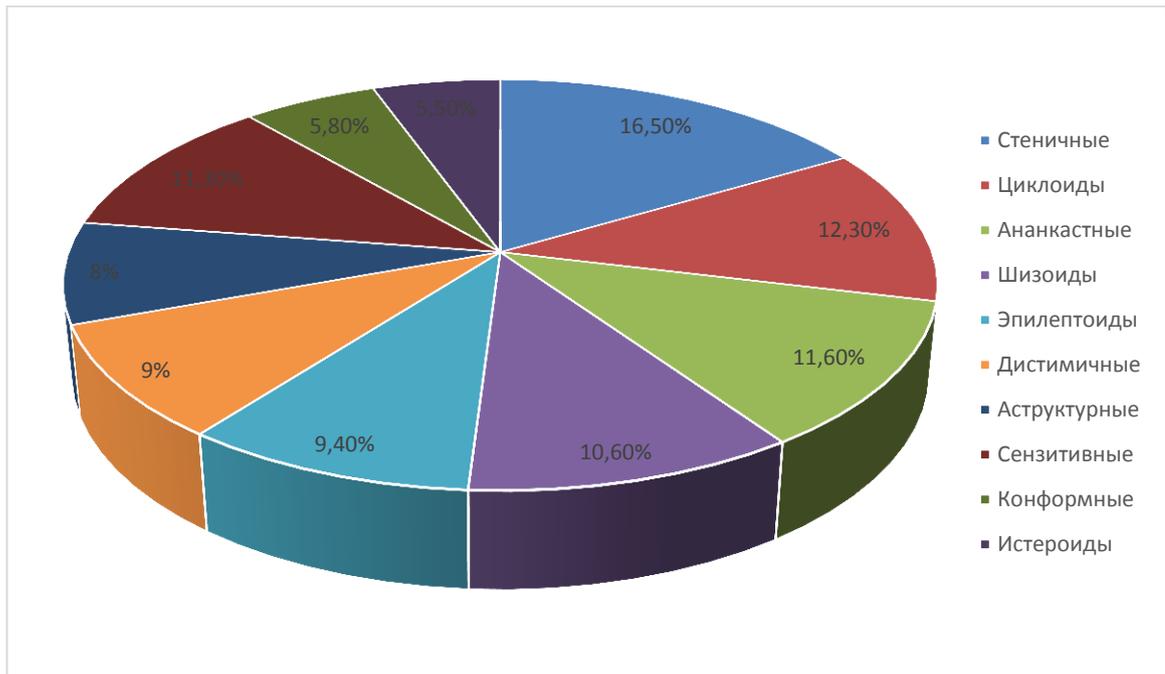
Для выполнения поставленных задач было обследовано 526 больных мужского пола в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст - $42,7 \pm 5,3$ лет), страдающих алкогольной зависимостью средней (второй) стадии, согласно критериям МКБ-10 (F 10.2).

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 клинико-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 ранее проводившихся обследований пациентов, а также данные медицинской документации. Одним из основных инструментов исследования являлась специально разработанная карта обследования лиц, страдающих алкогольной

зависимостью и обнаруживающих различные характерологические особенности (акцентуации). Регистрировались общие анамнестические данные, основанные на данных анамнеза жизни и анамнеза заболевания, сведения о наследственности. 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 – 51 человек (16,5%). Значительный удельный вес принадлежит циклоидам – 38 человек (12,3%), ананкастным – 36 человек (11,6%), сензитивным – 35 человек (11,3%), шизоидам – 33 человека (10,6%), эпилептоидам – 29 человек (9,4%) и дистимичным – 28 человек (9,0%). Другие варианты акцентуаций, в т.ч. аструктурные – 25 человек (8,0%), конформные – 18 человек (5,8%) и истероиды – 17 человек (5,5%), представлены в меньшем количестве. Данные отражены в диаграмме 8.

Диаграмма 8.

Представленность различных типов акцентуаций характера среди больных алкогольной зависимостью в основной (алк.×акц.) группе.



В контрольную группу I (алк.) вошли 140 больных (средний возраст $46,8 \pm 6,1$ лет) – лица, страдающие алкогольной зависимостью без признаков акцентуации характера (условно-гармоничные личности), согласно критериям МКБ-10 (F 10.2).

С целью сравнения была сформирована дополнительная *контрольная группа II (алк. × РЛ)* больных из лиц, страдающих алкоголизмом в сочетании с личностными расстройствами, согласно МКБ-10 (F 60.0 – 61.0) (РЛ) в составе 76 человек (средний возраст - $34,4 \pm 3,7$ лет). Систематика расстройств личности и поведения основана на клинико-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 алкогольной зависимостью *контрольной группы II (алк. × РЛ)* выделены следующие типы личностных расстройств:

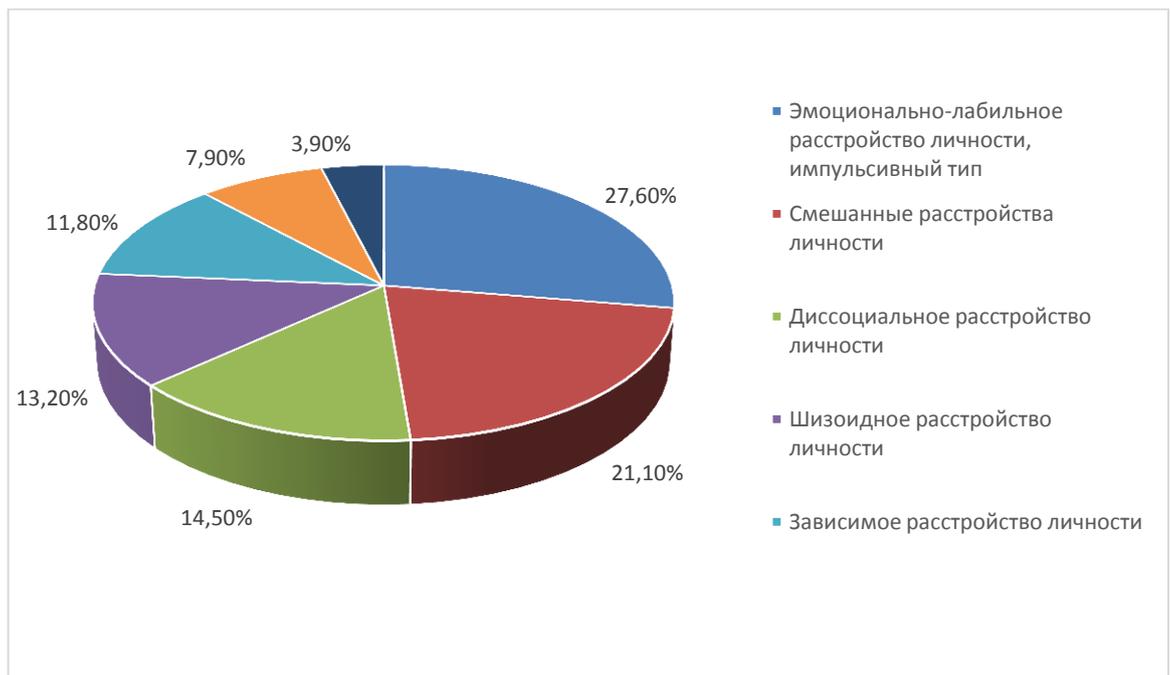
1. Эмоционально-лабильное расстройство личности, импульсивный тип (F60.30) – 27,6% (21).

2. Смешанные расстройства личности (F61.0) – 21,1% (16).
3. Диссоциальное расстройство личности (F60.2) – 14,5% (11).
4. Шизоидное расстройство личности (F60.1) – 13,2% (10).
5. Зависимое расстройство личности (F60.7) – 11,8% (9).
6. Истерическое расстройство личности (F60.4) – 7,9% (6).
7. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6) – 3,9% (3).

Типы личностных расстройств, представленных в исследуемой выборке, отражены на диаграмме 9.

Диаграмма 9.

Представленность различных видов расстройств личности среди больных алкогольной зависимостью в *контрольной группе II (алк. × РЛ)*.



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

С целью сравнения и обеспечения достоверности полученных данных психологическому тестированию подверглась также *контрольная группа III здоровых лиц* - 50 человек мужского пола (средний возраст - $41,8 \pm 5,7$ лет), не

страдающих алкогольной или какой-либо другой формой зависимости и *группа близких родственников*, также не страдающих какими-либо видами зависимости - 30 чел. (жены, мужья, родители) аддиктов. Таким образом предполагалось объективизировать сведения, полученные от больных алкоголизмом родственников.

В работе использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психометрический математико-статистический (пакет программ Statistica 7) методы исследования.

С целью регистрации тяжести синдрома отмены алкоголя (СОА) и динамики состояния в процессе терапии больных алкогольной зависимостью 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, в первую очередь аффективных нарушений в структуре патологического влечения к алкоголю на различных этапах болезни (на этапе ремиссии и предрецидива, в структуре СОА), использовалась шкала самоотчета SCL-90-R (L. Derogatis et al., 1973, Тарабрина Н. В.б 2001). Полученные результаты по шкалам и интегративным показателям сопоставлялись с нормативными данными, полученными сотрудниками Лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России (Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., 2003).

Экспериментально-психологическое тестирование включало использование нескольких тестов: тест «Смыслжизненные Ориентации» для изучения системы личностных смыслов (Леонтьев Д.А. и др., 1993); тест «Уровень Субъективного Контроля» для изучения индивидуальных особенностей субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями (Бажин Е.Ф. и др., 1984) и методика Шварца 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 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.

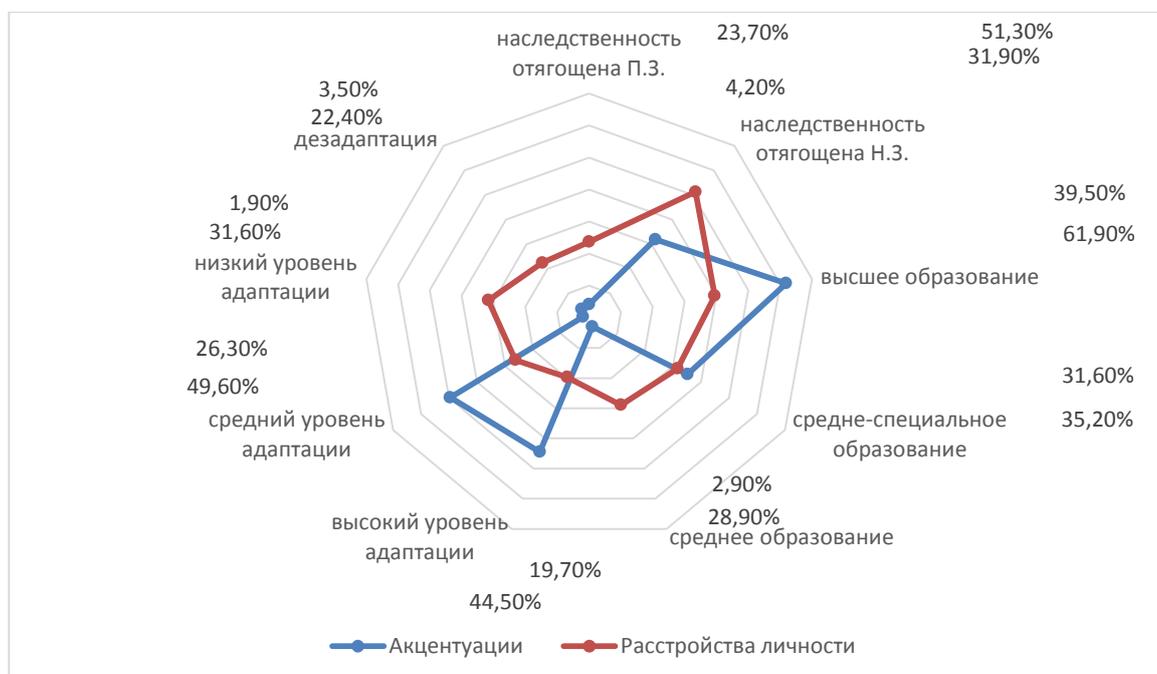
Особенности характера у *основной группы (алк. × акц.)* обследованных больных проявились уже в детстве, в подавляющем большинстве случаев усилившись в пубертатном возрасте – у 70,3% (n=218), появились новые – у 13,2% (n=41). В постпубертатном периоде у 67,4% (n=209) особенности характера не изменились, 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 – 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), 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) зарегистрированы отклонения в воспитании, в т.ч. гиперопека, гипоопека, «ежовые рукавицы», условия повышенной моральной ответственности, условия жестких взаимоотношений.

Особенности уровня образования, социальной адаптации, наследственности в основной (алк.×акц.) и контрольной группах II (алк.×РЛ.) представлены в нижеследующей диаграмме 10, а также таблицах 3, 4, 6 Приложения А.

Диаграмма 10.

Особенности уровня образования, социальной адаптации, наследственности в основной (алк.×акц.) и контрольной группах II (алк.×РЛ.).



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%), *стеничных* (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 *сенситивными* (n=12, 57,1%) акцентуациями характера. На момент

исследования работали в сфере обслуживания 67,4% (n=192) больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера - 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), 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), дезадаптация (связанная с алкоголизмом) – у 4,2% (n=13).

В *контрольной группе II (алк.×РЛ.)* преобладали больные с низким уровнем социальной адаптации – 31,6% (n=12). Дезадаптация отмечена в 21% (n=16), что, в первую очередь, связано с патологическими реакциями, обусловленными патохарактерологическими особенностями. Средний уровень социальной адаптации отмечен в 26,3% (n=20) случаев. У 51,3% (n=39) больных наследственность отягощена алкогольной зависимостью или злоупотреблением алкоголем, в 23,7% (n=18 человек) - психическими расстройствами.

Были установлены определенные особенности анамнестических и клинико-психопатологических характеристик больных *основной*

(алк.×акц.), контрольной I (алк.) и контрольной II (алк.×РЛ.) групп, представленные в таблицах 7 и 8 Приложения А.

Достоверных различий по возрастным и основным анамнестическим показателям формирования алкогольной зависимости между *основной* (алк.×акц.) и *контрольной I (алк.) группой* больных, в основном, выявлено не было. Различия показателей по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* установлены при обследовании лиц, отнесенных к *аструктурным, конформным, шизоидам и дистимичным*. (Данные представлены в таблице 10 Приложения Б).

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 знакомство с алкоголем у *аструктурных* приходится на возраст $13,8 \pm 0,8$ ($p=0,0027$), а у «*конформных*» - на $15,3 \pm 1,6$ ($p=0,0413$). 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 систематической алкоголизации: у *аструктурных* - $18,4 \pm 1,6$ года ($p=0,0066$), у *конформных* - $22,3 \pm 1,8$ года ($p=0,0320$) в отличие от контрольной группы I (алк.) ($28,6 \pm 3,3$ года), а также более ранний возраст формирования СОА и, следовательно, средней (второй) стадии алкогольной зависимости – у *аструктурных* в $22,2 \pm 2,8$ года ($p=0,0027$), у *конформных* - в $30,3 \pm 1,3$ года ($p=0,0345$) в отличие от контрольной группы I (алк.) – $35,6 \pm 3,8$ года.

Установлен более молодой возраст систематической алкоголизации у представителей группы *дистимичные* - $21,7 \pm 1,1$ года ($p=0,0233$) по сравнению с контролем I (алк.) - $28,6 \pm 3,3$ года. Однако, несмотря на это, возраст формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости ($34,0 \pm 3,6$ года, $p=0,0988$) сопоставим с аналогичным возрастом представителей контрольной группы I (алк.) - $35,6 \pm 3,8$ 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 алкогольной зависимости у лиц с личностными расстройствами (РЛ) (данные представлены в таблицах 7 и 8 Приложения А).

Характерен более молодой возраст больных контрольной II (алк.×РЛ) группы ($34,4 \pm 3,7$) по сравнению как с контрольной I (алк.) ($46,8 \pm 6,1$, $p=0,0049$), так и с основной (алк.×акц.) ($44,9 \pm 5,8$, $p=0,00024$) группами. Отмечено более раннее знакомство с алкоголем больных контрольной II (алк.×РЛ) группы ($14,4 \pm 1,2$) по сравнению, как с основной (алк.×акц.) ($16,4 \pm 0,9$, $p=0,0041$), так и с контрольной I (алк.) группами ($17,2 \pm 1,7$, $p=0,0016$), достигающее степени статистической достоверности.

Возраст начала систематической алкоголизации с постепенной утратой количественного контроля достоверно меньший в группе лиц, страдающих алкогольной зависимостью в сочетании с личностными расстройствами (алк.×РЛ) ($19,0 \pm 1,6$), чем в основной группе ($25,0 \pm 2,3$, $p=0,0023$) и контрольной I (алк.) ($28,6 \pm 3,3$, $p=0,0011$) 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 группе - (алк.×РЛ) ($22,9 \pm 2,4$) больных, чем в основной ($35,3 \pm 4,3$, $p=0,0033$) и контрольной I (алк.) ($35,6 \pm 3,8$, $p=0,0031$) группах.

Мотивации первого употребления спиртного были одинаковы у больных всех групп, в т.ч. и контрольной I (алк.). В подавляющем большинстве случаев больные называли традиционный, *ритуальный (традиционный) характер* ($67,7\%$, $n=210$) 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) (данные представлены в таблице 12 Проложения Б).

Преобладающей мотивацией употребления алкоголя (по классификации В.Ю. Завьялова, 1990) на этапе систематического потребления алкоголя 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 (97,4%; n=302), 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). Наоборот, «веселое опьянение» возникало достоверно реже (данные представлены в таблице 13 приложения Б).

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 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 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 $p=0,008$)), *сенситивных* (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 *сенситивных* ($\chi^2=11,78$ 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 контролем значительно реже можно отметить в опьянении черты дурашливости.

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).

Выявлены статистические достоверные различия по сравнению с *контрольной группой I (алк.)* в структуре СОА в отношении длительности сохранения отдельных симптомов у больных алкоголизмом 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* ($4,9 \pm 0,14$, $p=0,0115$), атаксия - у *аструктурных* ($4,5 \pm 0,09$, $p=0,0245$). Больше количество времени требуется для устранения 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 *сенситивных* ($4,35 \pm 0,74$, $p=0,0364$), тревоги - у *ананкастных* ($5,4 \pm 1,7$, $p=0,01345$), *истероидов* ($3,9 \pm 0,19$, $p=0,0112$) и *сенситивных* ($3,3 \pm 0,11$, $p=0,0432$). 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, значительно быстрее редуцируются тревога ($1,1 \pm 0,5$, $p=0,001$) и пониженное настроение ($1,7 \pm 10,7$, $p=0,00007$).

Достоверных различий по показателям в состоянии трезвости и во время предрецидива, по сравнению с нормативными данными, выявлено не было (данные представлены в таблице 15 Приложения Б). Однако, при сравнении изменений общего самочувствия больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера на этапе ремиссии (трезвости) и предрецидива выявлено закономерное изменение общего самочувствия в сторону его ухудшения в преддверии «срыва». Это, видимо, обусловлено появлением и усилением патологического влечения к спиртному, в структуру которого входят регистрируемые шкалами SCL-90-R аффективные нарушения и сопутствующие им соматовегетативные проявления, появляющиеся в состоянии предрецидива. Так, у *циклоидов* ($0,32 \pm 0,11$, $p=0,00033$), *шизоидов* ($1,14 \pm 0,21$, $p=0,00096$), *сенситивных* ($1,99 \pm 0,19$, $p=0,03274$), *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 выражается в появлении и нарастании беспокойства, дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия, усилении 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 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 *сенситивными* ($0,83 \pm 0,13$, $p=0,00146$), *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 во времени 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 возникающих 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, отсутствии 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 непроизвольный, 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.

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.

Будучи нераздельной частью системы отношений личности, ценностные ориентации поддерживают постоянство направленности интересов через сформированное мировоззрение, образ мира, определяют поступки и жизненно-важные цели. Анализ ценностных ориентаций лиц, страдающих алкоголизмом, представлялся весьма актуальным для выявления механизмов развития зависимости, а также разработки системы эффективных психокоррекционных мероприятий.

Для выявления особенностей ценностных ориентаций лиц с различными характерологическими акцентуациями и сформированной алкогольной зависимостью полученные данные сопоставлялись с данными контрольной группы. Для этого была сформирована еще одна *контрольная группа III* из

здоровых лиц, не страдавших какой-либо зависимостью. Эта группа включала 50 респондентов.

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

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 попирания социально-одобряемых норм поведения.

Согласно тесту «УСК» статистически достоверная разница показателей *основной группы (алк.×акц.)* обнаруживается за счет низких показателей ($26,3\pm 4,98$) в группе больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера по сравнению с *контрольной группой III* ($31,92\pm 5,32$) 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%, $n=32$) неудовлетворенность 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 контрольной

группы III (здоровые лица, не страдающие какими-либо видами зависимостей) оказались примерно схожими.

По результатам теста «СЖО» 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. Т.е. пациенты, страдающие алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера, 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.

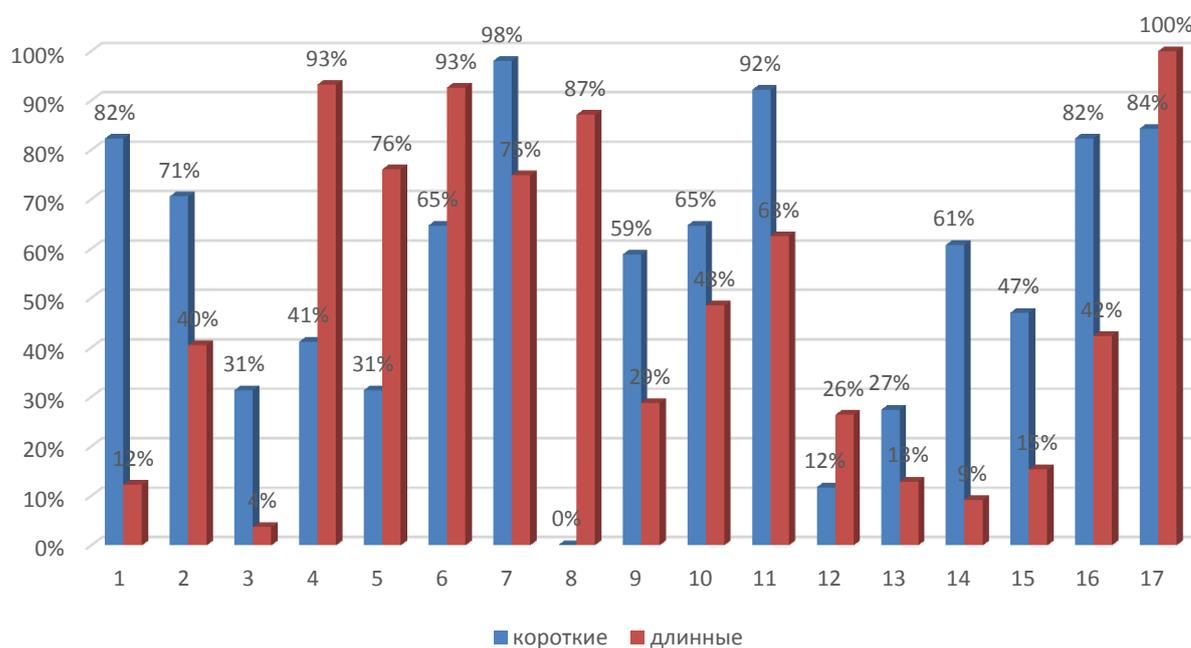
С целью определения наиболее весомых переменных, влияющих на наступление рецидива алкогольной зависимости на фоне сформированной ремиссии, был проведен факторный анализ с использованием метода главных компонент для извлечения факторов и варимакс вращения. Были получены статистически достоверные данные, соответствующие представлениям отечественных авторов, занимавшихся аналогичными исследованиями в области 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 (данные представлены в таблице 17 Приложения Б и диаграмме 11).

Диаграмма 11.

Показатели, способствующие (или препятствующие) наступлению рецидива алкогольной зависимости у больных с различными акцентуациями характера с короткими и длительными ремиссиями.



Примечания: 1 – личностные изменения; 2 – ПВА на фоне усталости; 3 – постоянное ПВА; 4 – насыщение пищей; 5 – отвлечение на хобби; 6 – ответственность перед семьей и профессией; 7 – алкогольная анозогнозия; 8 – окончание срока суггестии; 9 – алкогольная ситуация; 10 – стремление испытать опьянение; 11 – ощущение общего дискомфорта, внутреннего напряжения; 12 – употребление алкоголя в небольшой дозе; 13 – психологический дискомфорт («белая ворона»); 14 – вид собутыльников, разговоров о спиртном; 15 – традиционное употребление алкоголя; 16 – ПВА на фоне голода; 17 – наличие суггестивного внушения.

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 $p < 0,0001$). Полученные данные соответствуют представлениям отечественных авторов, занимавшихся аналогичными исследованиями (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).

С целью определения наиболее весомых переменных, влияющих на наступление рецидива алкоголизации 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, представлены в таблице 39.

Таблица 39

Факторы, влияющие на возникновение рецидива у лиц с различными характерологическими акцентуациями характера.

Фактор	Основные компоненты и факторные нагрузки
F 1	Личностные изменения по органическому (токсическому, сосудистому типу) (0,8)
F 2	Алкогольная анозогнозия (0,72) Патологическое влечение к алкоголю на фоне голода (0,76) Патологическое влечение к алкоголю эпизодическое (0,79)
F 3	Актуализация патологического влечения после психической травмы (0,77) Актуализация патологического влечения после конфликтных ситуаций (0,71)
F 4	Беспричинные изменения психического состояния (0,73) Психологический дискомфорт (ощущение "белой вороны") (0,72)
F 5	Употребление алкоголя в небольшой дозе (-0,85).
F 6	Суггестивное внушение (проведенная методика опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии) (-0,77).

F 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.

F 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.

F 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.

F 4. Изменения 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.

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

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

Следовательно, основными факторами, способствующими формированию длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и высоким или средним уровнем социальной адаптации, являются следующие: 1) отсутствие или невыраенность специфических личностных изменений, 2) отсутствие или невыраженность алкогольной анозогнозии. Особенности ремиссий алкогольной зависимости у этой категории больных следующие: 1) принадлежность ремиссии к категории «полной» или «интермиссии» (Гофман А. Г. с соавт., 1991; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994), 2) невыраженность первичного патологического влечения к алкоголю и преимущественно экзогенный тип его актуализации при интенсивности вторичного патологического влечения, 3) относительный характер утраты количественного контроля при сохранности ситуационного контроля в определенных ситуациях. При проведении соответствующей рациональной

психотерапии применение суггестивных методов опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии вносит существенный вклад в формирование длительных ремиссий (52,6% (n=163)) у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, сочетающейся с различными акцентуациями характера.

Определенный тип течения заболевания, который определяется темпами формирования средней (второй) стадии алкогольной зависимости и особенностями её течения, включая различные формы пьянства, а также склонностью к ремиссионному или безремиссионному течению, отражает закономерности, установленные отечественными и зарубежными авторами (Энтин Г. М., 1972; Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994; Гофман А. Г., 1991, 2017; Tachfeld B.S., 1981; Baisch G., Bartmann Ul., 1988). 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; Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994; Альтшулер В. Б., 2010).

Установлены особенности формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными характерологическими акцентуациями. Медленно-прогредиентный темп формирования алкогольной зависимости чаще наблюдается у *циклоидов* ($12,6 \pm 3,1$), *стеничных* ($11,9 \pm 2,6$), *дистимичных* ($9,9 \pm 1,8$). Умеренно-прогредиентный темп характерен для *шизоидов* ($11,0 \pm 3,9$), *сенситивных* ($10,1 \pm 3,7$), *эпилептоидов* ($9,5 \pm 2,9$), *истероидов* ($8,5 \pm 3,3$), *ананкастных* ($8,08 \pm 2,9$). Быстро (высоко)- и умеренно-прогредиентный темп характерен для *конформных* ($7,2 \pm 1,8$). Быстро- (высоко-прогредиентный) тип формирования алкоголизма встречается только у представителей группы *аструктурные* ($2,9 \pm 1,03$).

Среди обследованных больных алкоголизмом с РЛ зафиксирован быстро-прогредиентный темп формирования алкогольной зависимости - $3,3 \pm 1,2$ года (от 1,5 до 5 лет). Эти данные соответствуют результатам

исследований, которые подтверждают, что наличие коморбидной патологии значительно ухудшает прогноз болезней зависимостей (Небаракова Т. П., Савченко Л. Н., Меньшикова Е. С., Валентик Ю. П., 1983; Александровский Ю. А., 2000; Агибалова Т. В., Мищенко Л. В., 2004; Альтшулер В. Б., 2010 и др.; Pasnau R. O., Bystritsky A., 1994; Aziz S., Shan A. A., 1995 и др.).

У обследованных 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 47,4% (n=18) *циклоидов* терапевтические ремиссии длились от 1 до 5 лет ($2,8 \pm 0,5$), 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 длились от 1 до 3 лет ($1,7 \pm 0,3$) 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 длились от 1 до 13 лет ($3,6 \pm 1,03$) 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 длились от 0,6 до 6 лет ($3,5 \pm 1,2$) 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 длились от 1 до 3 лет ($1,5 \pm 0,4$) у 23,5% (n=4) больных; спонтанные – отсутствовали; безремиссионное течение наблюдалось у 17,6% (n=3) больных. У *дистимичных* терапевтические ремиссии длились от 0,9 до 5 лет ($2,3 \pm 0,06$) у 67,9% (n=19) больных; спонтанные – отсутствовали; безремиссионное течение наблюдалось у 7,1% (n=2) больных. У *сенситивных* терапевтические

ремиссии длились от 0,6 до 3,5 лет ($2,1 \pm 0,03$) у 83,3% ($n=15$) больных; спонтанные длительностью в 1 год - у 5,7% ($n=2$), безремиссионное течение отмечалось у 8,6% ($n=3$) больных. В группе *аструктурных* отмечена тенденция к безремиссионному течению у 28,0% ($n=7$) больных, отсутствовали спонтанные ремиссии; терапевтические ремиссии длительностью от 1 до 3,5 лет ($1,6 \pm 0,04$) возникали у 20,0% ($n=5$) больных.

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

В *контрольной группе II (алк. × РЛ)* больных алкогольной зависимостью в сочетании с РЛ отмечена тенденция к безремиссионному типу течения алкоголизма. Периоды воздержания от употребления спиртного длились не более 1-3 месяцев у 51,3% ($n=39$). 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 прогредиентности и склонность к безремиссионному течению алкогольной зависимости у больных с расстройствами личности (РЛ) и относительно благоприятное течение заболевания при наличии различных характерологических акцентуаций.

Учитывая особенности течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациям характера и расстройствами личности, а также смыслообразующие ценностные ориентиры у различных групп больных (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 его течения, 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;

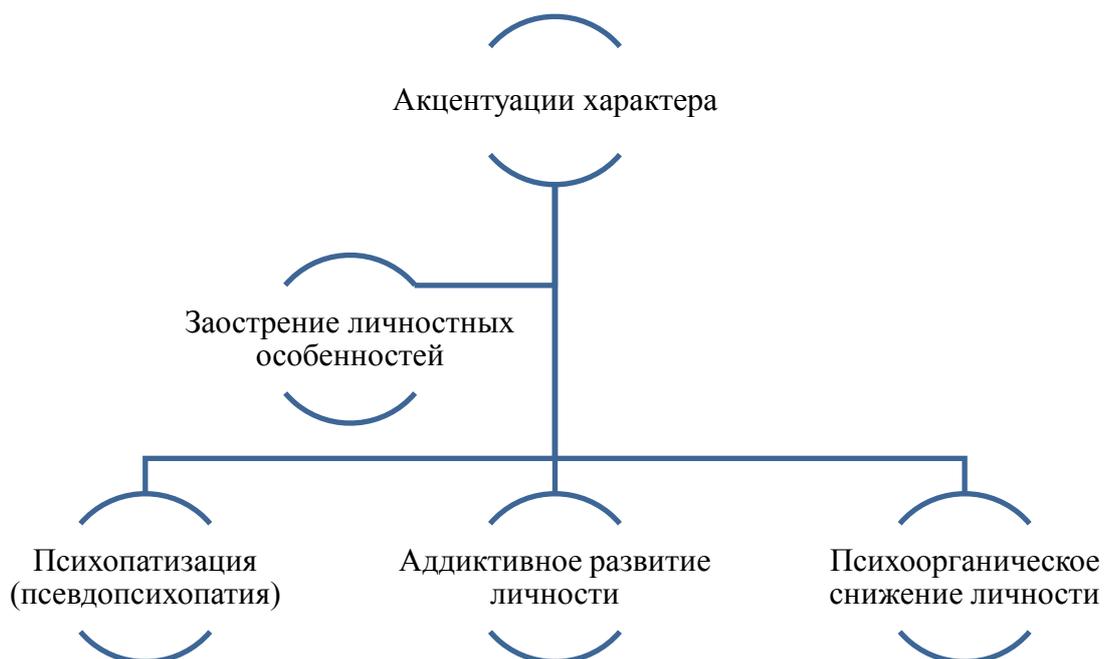
б) появление новых патологических изменений личности, связанных с изменением психической реактивности (псевдопсихопатия) и утяжеляющимся морально-этическим снижением (аддиктивное развитие личности);

в) появление органических личностных изменений (психоорганического синдрома) с тем или иным уровнем интеллектуально-мнестических расстройств и снижением критики к состоянию.

Эти нарушения могут по-разному проявляться у лиц с различными акцентуациями характера, что отражено на диаграмме 12.

Диаграмма 12.

Психопатологическое и патодинамическое развитие личности в результате алкогольной зависимости.



Особенности формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера в обобщенном виде отражены в нижеследующей таблице 40.

Таблица 40.

Особенности формирования и течения алкогольной зависимости у лиц с различными характерологическими акцентуациями.

Форма акцентуации характера	Темп формирования алкоголизма	Особенности психич.статуса в предрецидиве по шкалам теста SCL-90-R	Особенности СОА	Преимущественный характер течения алкоголизма
Стеничные	умеренно-и медленно-прогредиентный	ANX, HOS	повышение АД, тахикардия	ремиссионный
Аструктурные	быстро-прогредиентный	OC, ANX, HOS, PHOB	тремор, атаксия	безремиссионный
Циклоиды	умеренно-и медленно-прогредиентный	OC, INT, DEP, ANX, HOS	трудности засыпания, плохой сон	ремиссионный
Шизоиды	умеренно-прогредиентный	OC, INT, DEP, ANX, GSI	пониженное настроение	ремиссионный
Тревожно-ананкастные	быстро- и умеренно-прогредиентный	INT, DEP, ANX	тревога, нарушение засыпания, тремор, тахикардия, повышение АД	ремиссионный
Эпилептоиды	умеренно-прогредиентный	OC, INT, DEP, ANX, HOS, PAR, PSY	отсутствует достоверность отличия от контроля	ремиссионный
Конформные	быстро-и умеренно-прогредиентный	отсутствует достоверность отличия от контроля	пониженное настроение	ремиссионный
Истероиды	умеренно-прогредиентный	OC, DEP, ANX, HOS, GSI	тревога, нарушение засыпания, повышение АД	ремиссионный
Сензитивные	быстро-и умеренно-прогредиентный	INT, DEP, ANX	пониженное настроение, тревога	ремиссионный
Дистимичные	умеренно-и медленно-	OC, INT, DEP, ANX, HOS,	отсутствует достоверность	ремиссионный

	прогредиентный	PSY, GSI	отличия от контроля	
--	----------------	----------	---------------------	--

Примечание: показатели шкал 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.

Личностные изменения, наступившие в результате многолетней интоксикации алкоголем у лиц с различными акцентуациями характера, которые были выявлены в результате проведенного исследования, отражены в таблице 41.

Таблица 41.

Особенности личностных изменений, наступивших в результате многолетней алкоголизации у лиц с различными характерологическими акцентуациями.

Акцентуации	Основные личностные особенности	Личностные изменения, наступившие в результате многолетней алкоголизации
Стеничные	Подвижность, активность, энергичность, упорство, жизнерадостность, коммуникабельность, чувство юмора, тщеславие, инициативность.	Изменения по органическому (токсическому) типу в виде склонности к балагурству, плоскому алкогольному юмору, грубоватым шуткам с одновременным снижением критики, утратой прежних интересов и возникновением интеллектуально-мнестических нарушений.
Аструктурные	Психическая незрелость, инфантилизм, некритичность суждений, эмоциональная незрелость, плохая самооценка и самоотчет, врожденная ограниченность, отсутствие стойких интересов, установок, ценностных ориентаций, духовных запросов, упрямство, внушаемость, отсутствие критики к состоянию.	Психопатизация с периодической декомпенсацией состояния и изменения по органическому типу – раздражительность, взрывы агрессивности, навязчивая бесцеремонность, откровенный цинизм, «маргинальность». Появление апатии, благодушия, беспечности, пассивности, безразличия ко всему, кроме потребления алкоголя, отсутствие побуждений к какой-либо деятельности, не связанной с потреблением алкоголя, неспособность к сопереживанию, отсутствие ответственности, инфантилизм, интеллектуально-мнестические расстройства.
Циклоиды	Изменчивость настроения, быстрая смена аф-	Заострение черт характера, в т. ч. депрессивных проявлений с мнительностью и

	фекта, преобладание либо гипертимии, либо гипотимии.	депрессивной отгороженностью, замкнутостью. Психоорганический синдром. Органическая психопатизация с раздражительностью, вспыльчивостью, склонностью к вспышкам вербальной агрессии, снижение и утрата прежних интересов.
Шизоиды	Интравертированность, замкнутость, мрачность, эмоциональная незрелость, эгоцентризм, парадоксальность эмоций и поведения, ригидность, упрямство, склонность к аффективным колебаниям.	Заострение черт характера, в т.ч. нарастание замкнутости, вплоть до отгороженности, мнительности, подозрительности, депрессивных проявлений. Появление и усиление черт психопатизации в виде раздражительности, вспыльчивости, склонности к агрессивным вспышкам (в основном, вербального уровня). Психоорганический синдром.
Ананкастные	Тревожность, мнительность, склонность к постоянным опасениям, сомнениям, поглощенность деталями, исполнительность, перфекционизм, педантизм.	Заострение черт характера, в т.ч. усиление тревожной мнительности, склонности к фиксации на негативных событиях, легкое возникновение тревоги и беспокойства, нетерпеливость, усиление депрессивных проявлений. Психоорганическая симптоматика, в т.ч. с раздражительностью, подозрительностью, слабодушием.
Эпилептоиды	Медлительность, обстоятельность, аккуратность, внимание к деталям, настойчивость, обидчивость, скуповатость, упрямство, недоверчивость, подозрительность, придирчивость, ригидность.	Заострение и развитие черт психопатизации, раздражительность, повышенная возбудимость, вспыльчивость, усиление или появление подозрительности, мнительности, депрессивных проявлений с нарастанием пессимизма, замкнутости, ревности, упрямства. Психоорганический синдром, в т.ч. с застреманностью, затруднениями переключения внимания, выраженной ригидностью.
Конформные	Приспособленчество, «хамелеонство», усвоение системы ценностей и стиля поведения любой среды (как «воровской», так и системы «семейных ценностей»), подчиненность групповому давлению.	Психоорганический синдром - легковесность суждений, недооценка тяжести состояния, поверхностное отношение к злоупотреблению алкоголем, не критичность и обнаженность высказываний, бестолковость, снижение и утрата интересов, благодушие, не оправданная оживленность, алкогольный юмор, эмоциональная неустойчивость, склонность к повышенной возбудимости и вспыльчивости.
Истероиды	Стремление быть в центре внимания, добиться признания, театральность, капризность, лживо-	Черты психопатизации с демонстративностью, возбудимостью, проявлениями агрессивности, требовательности, стремлением манипулировать окружающими.

	сть, поверхностность, непостоянство.	Психоорганический синдром с аффективными нарушениями, отсутствием критики к состоянию, эгоизмом.
Сензитивные	Повышенная чувствительность и ранимость, излишняя впечатлительность, стеснительность, неуверенность, совестьливость, фиксация на своих, особенно негативных, переживаниях, обидчивость.	Заострение черт характера, в т.ч. обидчивости, замкнутости, мнительности, черты психопатизации с раздражительностью, вспыльчивостью, несдержанностью. Появление замкнутости, отгороженности, депрессивных нарушений, ограничение контактов. Психоорганическая симптоматика с эмоциональной лабильностью, сужением интересов. Злоупотребление алкоголем у части больных носит адаптогенный характер, способствуя на начальных этапах уменьшению робости, застенчивости, неуверенности, чувствительности.
Дистимичные	Сниженный, мрачный, пессимистичный фон настроения, ощущение усталости, отсутствия удовольствия от жизни, избирательность общения, безрадостность, чуткость, повышенная эмоциональность, впечатлительность.	Заострение черт акцентуации, психопатизация, утяжеление депрессивных проявлений, недовольство окружающими, повышенная чувствительность и сенситивность, замкнутость. Психоорганический синдром, в т.ч. со слабодушием, депрессивными проявлениями, снижением критики, недооценкой тяжести состояния, поверхностным отношением к злоупотреблению алкоголем, сужением интересов.

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».

Выбор психофармакотерапии на этапе дезинтоксикации определялся, в первую очередь, наличием различных психических и соматоневрологических нарушений. Тем не менее, с учетом особенностей течения СОА у представителей различных групп, оказалось необходимым дифференцировать выбор терапевтических мишеней. Так, при лечении *стенчных, ананкастных* и *истероидов*, в первую очередь, необходимо было стабилизировать гемодинамические показатели (устранение повышения АД и

тахикардии); при лечении *аструктурных* устранить неврологические проявления - атаксию и тремор. Коррекция эмоционального состояния, устранение депрессивных нарушений требовались при лечении *шизоидов, дистимичных и сенситивных*, устранение тревоги – *ананкастным, сенситивным, истероидам*. Наряду с дезинтоксикационной, общеукрепляющей и симптоматической терапией (в том числе с использованием транквилизаторов), использовались препараты, нормализующие сон у *циклоидов, ананкастных и истероидов*. Эффективными оказались зопиклон, золпидем, донормил. В качестве средств, способствующих засыпанию и устраняющих аффективные нарушения в структуре СОА у *циклоидов, истероидов, шизоидов, ананкастных, конформных, сенситивных*, назначались перед ночным сном антидепрессанты группы СИОЗС, в первую очередь миансерин и миртазапин, а также агомелатин. Для быстрого устранения аффективных нарушений и купирования влечения к спиртному в структуре СОА эффективным оказалось назначение с первых дней терапии в дневное время пиразидола, сертралина, флуоксетина представителям четырех групп: *шизоидам, ананкастным, сенситивным, дистимичным*.

С целью предотвращения рецидива алкогольной зависимости использовалась комплексная терапия – сочетание ПФТ с психотерапией, предусматривающей учет личностных особенностей больных. Для выравнивания настроения и подавления патологического влечения к спиртному при наличии тревожных расстройств коротким курсом назначались противотревожные препараты (афобазол, атаракс, феназепам) представителям всех групп. *Аструктурным, эпилептоидам, циклоидам и дистимичным* было показано проведение минимального поддерживающего курса лечения нормотимическими препаратами (карбамазепин, ламиктал, вальпарин). Для устранения депрессивных проявлений использовались антидепрессанты группы СИОЗС (миансерин, миртазапин, флуоксетин,

циталопрам, тразодон) при лечении *циклоидов, шизоидов, ананкастных, эпилептоидов, истероидов, сенситивных и дистимичных*.

Больные алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и высоким уровнем социальной адаптации отличаются относительной личностной сохранностью. Видимо, отсутствие патологических личностных девиаций (РЛ) в преморбиде способствует устойчивости состояния и предотвращает формирование личностного снижения в процессе болезни. В результате психотерапевтического воздействия эта категория лиц демонстрирует эргопатическое отношение к болезни, обусловленное, скорее всего, невыраженностью алкогольной анагнозии. Это и определяет благоприятный тип течения алкоголизма. На личностно-психологические особенности, отношение к болезни и возможность прогнозирования типа ремиссии указывали многие авторы (Братусь Б. С., 1974; Бокий И. В., Цыцарев С. В., 1986; Бобров А. Е., 1988; Клубова Е. Б., 1995; Баранова О. В., 2005; Рыбакова Ю. В., 2012; Агибалова Т. В., 2013; Blun H. T., Leonard K. E., 1987; Vaillant G. E., 1994 и др.)

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 сенситивных*. Методы аутогенной релаксации охотно использовали *сенситивные*. У представителей всех групп вызывала интерес и, впоследствии, давала позитивный эффект когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования представляется возможным сделать вывод о том, что личностные особенности в форме определенных акцентуаций характера не являются основополагающими для формирования алкогольной зависимости. Однако, они в значительной мере детерминируют клинико-психопатологические и клинико-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 невыраженностью алкогольной анозогнозии. Это, видимо, определяет в значительной мере благоприятный тип течения алкогольной зависимости.

Оказалось, что короткие ремиссии преобладают у больных с наличием личностных изменений и выраженностью алкогольной анозогнозии. Отношение к болезни зависит от недооценки тяжести имеющихся нарушений (когнитивный дефицит). Преобладающий пассивный тип эмоционально-личностного реагирования в структуре патологического влечения к алкоголю и слабость волевого компонента формируют поведенческие патерны рецидива заболевания. Сдерживающими факторами, способствующим формированию длительной ремиссии у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера являются ответственность перед семьей и профессиональная занятость, отсутствие патологического влечения к алкоголю после терапевтического вмешательства, в т.ч. с применением методов суггестивного внушения. Формированию длительных ремиссий способствуют отсутствие или невыраженность специфических личностных изменений и алкогольной анозогнозии, активная установка на профессиональную деятельность и сохранение семьи. Личностная сохранность, гармоничность эмоциональных реакций, отсутствие волевого снижения определяют *мягкое, ремиссионное течение алкогольной зависимости ремиттирующего и регрессионного типов.*

Видимо, больных алкогольной зависимостью необходимо рассматривать как «открытую систему», при которой в формировании заболевания играет роль комплекс факторов (генетических, психологических, средовых, духовных). Каждый из факторов привносит свои особенности в формирование, течение и исход заболевания. Начинают злоупотреблять

алкоголем абсолютно разные, непохожие друг на друга лица (с различными типами темперамента, различными характерологическими особенностями, различными смысложизненными ориентациями, личностными установками и т.д.). Однако, хроническая многолетняя интоксикация накладывает свой отпечаток, приводя к формированию *аддиктивной личности* – эгоистичной в той или иной мере, с ориентацией на собственные интересы и потребности, с проявлениями инфантилизма и снижением критики к состоянию, со снижением морально-этических установок, сужением или утратой прежних интересов, с чертами психопатизации и наличием признаков психоорганического синдрома. Скорость формирования личностных изменений зависит от длительности, непрерывности и массивности алкоголизации, а также, от наличия коморбидной патологии в виде РЛ и врожденной резидуально-органической вредности (с чем, видимо, связано неблагоприятное, злокачественное течение алкогольной зависимости у аструктурных). У больных алкогольной зависимостью с аструктурными характерологическими акцентуациями и у группы больных с личностными расстройствами алкогольная зависимость характеризуется быстро-прогредиентным темпом её формирования, а также *прогредиентным и стационарным типом течения*.

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*; атактическая - для *сенситивных, 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 брутальными поведенческими реакциями характерны для *аструктурных, эпилептоидов, конформных и*

ананкастных. Депрессивные формы опьянения, в т.ч. с замкнутостью (отгороженностью), стремлением остаться в одиночестве характерны для *сенситивных, дистимичных, аструктурных и конформных*. Депрессивные проявления в опьянении с обидчивостью (подозрительностью) характерны для *эпилептоидов, шизоидов и истероидов*. У *сенситивных, 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, сенситивных, тревожно-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 сенситивных*, тревога – у *ананкастных, истероидов и сенситивных*, 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 (подтверждено клинически и экспериментально-психологическим тестированием), алкогольной анозогнозии, 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 и высоким уровнем социальной адаптации, в подавляющем большинстве случаев, отличается *ремиссионным* течением с преобладанием *ремиттирующего и регрессионного* типов течения заболевания. Медленно-прогрессиентный темп формирования алкогольной зависимости характерен для *циклоидов, стеничных и дистимичных*; умеренно-прогрессиентный - для *шизоидов, сенситивных, эпилептоидов, истероидов и ананкастных*. У больных с *аструктурными* характерологическими акцентуациями алкогольная зависимость характеризуется быстро-прогрессиентным 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 ТЕРМИНОВ

АД : артериальное давление

АП : алкогольные психозы

ВОЗ : всемирная организация здравоохранения

КБТ : когнитивно-бихевиоральная терапия

ОП : опосредованная психотерапия

ПАВ : психоактивные вещества

ПТ : психотерапия

ПФТ : психофармакотерапия

РЛ : расстройства личности

СИОЗС : селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СОА : синдром отмены алкоголя

ЦНС : центральная нервная система

ЭКГ : электрокардиограмма

ЭЭГ : электроэнцефалограмма

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авербах Я. К. Рецидивы хронического алкоголизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Авербах Яков Константинович. – М., 1964. – 16 с.
2. Авербах, Я. К. Потребление алкоголя и некоторые показатели алкоголизации населения / Я. К. Авербах, А. З. Шамота // Вопросы наркологии. – 1992. – № 2. – С. 32-37.
3. Авруцкий, Г. Я. Место психофармакотерапии в комплексном лечении хронического алкоголизма / Г. Я. Авруцкий // Актуальные вопросы наркологии : Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума психиатров. – Душанбе, 1984. – С. 184-186.
4. Авруцкий, Г. Я. Лечение психически больных : учебное пособие / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
5. Автономов, Д. А. Вклад А.Р. Довженко в мифологизацию отечественной наркологии. Предпосылки, практика и анализ последствий / Д. А. Автономов // Наркология. - 2014 (10): С. 94-102.
6. Агибалова, Т. В. Особенности лечения больных алкогольной зависимостью с коморбидной личностной патологией / Т. В. Агибалова, Л. В. Мищенко // Современные тенденции организации психиатрической помощи : клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции. – М., 2004. – С. 287.
7. Агибалова, Т. В. Психологические и генетические предикторы эффективности предметно-опосредованной психотерапии алкогольной зависимости / Т. В. Агибалова, Б. А. Бирюков, А. О. Кибитов // Тезисы конф. «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии». - Самара, 2013. - С. 249-250.
8. Аксельрод, Б. А. Руководство по аддиктологии под ред. проф В.Д. Менделевича / Б. А. Аксельрод, А. В. Борцов, А. С. Гарницкая. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.

9. Александрова, Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме : дис. ... канд. мед. наук : / Александрова Нина Викторовна. – М., 1985. – 220 с.
10. Александрова, Н. В. Аффективные эквиваленты первичного патологического влечения к алкоголю и их купирование / Н. В. Александрова, А. Г. Гофман, Е. Н. Крылов и др. // Современные методы биологической терапии психических заболеваний : Тезисы Международной конференции. – Москва, 1994. – С. 5.
11. Александровский, Ю. А. Пограничные расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
12. Александровский, Ю.А. Клинико-эпидемиологический анализ пограничных психических расстройств / Ю. А. Александровский, Г. М. Румянцева, А. А. Чуркин / В кн.: Пограничные психические расстройства. – М. : ГЭОТАР, 2000. – С.435-441.
13. Альтшулер, В. Б. / Патологическое влечение к алкоголю (вопросы клиники и терапии) : учебное пособие / В. Б. Альтшулер. – М. : Имидж, 1994. – 216 с.
14. Альтшулер, В.Б. Клинические особенности алкоголизма у бездомных больных / В. Б. Альтшулер, А. В. Кашин, С. Л. Кравченко // Тезисы материалов XV съезда психиатров России. – Москва, 2010. – С. 235-236.
15. Альтшулер, В. Б. Алкоголизм : учебное пособие / В. Б. Альтшулер. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 264 с.
16. Андреева, Е. К. Экспериментально-психологическое исследование больных алкоголизмом / Е. К. Андреева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 1965. - № 3. – С.402-405.
17. Андреева, И. В. Изменения личности при алкогольной зависимости (клинический и нейропсихологический аспекты) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Андреева Ирина Викторовна. – М., 2005. - 183 с.

18. Анохина, И. П. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий и пути поиска средств для лечения этих заболеваний / И. П. Анохина, Б. М. Коган, И. В. Маньковская, Е. В. Решикова, А. В. Станишевская / Фармакология и токсикология. – 1990. – Т. 53. - № 4. – С.4-9.
19. Анохина, И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ : лекции по наркологии под ред. Н.Н.Иванца / И. П. Анохина. – Москва : Нолидж, 2000. – С.66-67.
20. Анохина, И. П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами / И. П. Анохина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - Т. 3. - № 3. – С.59-65.
21. Анохина, И. П. Современные проблемы генетики зависимости от психоактивных веществ / И. П. Анохина, Н. Н. Иванец, И. Ю. Шамакина, А. О. Кибитов, Е. Ю. Воскобоева, Э. К. Хуснутдинова // Наркология.– 2004. – № 6. - С. 76-83.
22. Анохина, И. П. Генетика зависимости от психоактивных веществ : Наркология : Национальное руководство / И. П. Анохина, А. О. Кибитов, И. Ю. Шамакина. – Москва : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 52-84.
23. Анохина, И. П. Генетические и эпигенетические механизмы алкоголизма / И. П. Анохина, А. О. Кибитов, А. Г. Веретинская, И. Ю. Шамакина, В. В. Николаева, Н. Л. Векшина, В. А. Томилин. // Вопросы наркологии. – 2010. - №6. – С. 63-82.
24. Анохина, И. П. Генетика зависимости от алкоголя. Алкоголизм : руководство для врачей под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой / И. П. Анохина, А. О. Кибитов. - М. : ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – С. 78-119.
25. Ануфриев, А. К. Разновидности алкогольной абстиненции / А. К. Ануфриев, В. Г. Тресков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1984. – Т.84. - Вып. 2. – С. 249-254.

26. Арзуманов, Ю. Л. Нарушение дифференцированного внимания у подростков с семейной отягощенностью алкоголизмом / Ю. Л. Арзуманов, А. А. Абакумова, А. В. Адамова, А. П. Федулов. // Тезисы материалов общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.» - Москва, 2008. – С. 282-283.
27. Артемчук, А. Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний. Под ред. д. м. н., проф. Т. В. Чернобровкиной / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина. – Харьков : Коллегиум, 2013. – 1152 с.
28. Асеев, В. Г. Формирование личности и структурный уровень мотивов : в книге «Проблемы личности» / В. Г. Асеев. – Москва, 1980. – Т.1 – С. 334-343.
29. Асмолов, А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. / А. Г. Асмолов. – Москва : Смысл, 2001. – 416 с.
30. Афонина, А. А. Депрессивные нарушения у больных алкоголизмом во время ремиссии / А. А. Афонина, А. В. Граженский // Тезисы материалов общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.»». – Москва, 2008. – С. 283.
31. Баканова, И. В. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых форм деятельности : в кн. «Бессознательное» / В/ И. В. Баканова, Б. В. Зейгарник, В. В. Николаева, О. С. Шефтелевич. – Тбилиси, 1978. – Т. 2. – С. 431-436.
32. Банщиков, В. М. Алкоголизм и алкогольные психозы: учебное пособие / В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко. – Москва, 1968. – 99 с.

33. Баранова, О. В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Баранова Ольга Вячеславовна. – М., 2005. – 222 с.
34. Батаршев, А.В. Диагностика черт личности и акцентуаций : практическое руководство / А. В. Батаршев. – М. : Психотерапия, 2006. – 288 с.
35. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: практическое руководство / А. Н. Белова. - Москва, 2002. - 439 с.
36. Белокрылов, И. В. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ : руководство по наркологии (под ред. Иванца Н.Н.) / И. В. Белокрылов, И. Д. Даренский – Москва : Медпрактика, 2002. – С.161-181.
37. Бехтель, Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э. Е. Бехтель. – Москва : Медицина, 1986. – 272 с.
38. Бехтель, Э. Е. К вопросу об изменении реактивности организма к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом в процессе протекания ремиссии / Э. Е. Бехтель, Ю. Г. Сидоров // Вопросы психиатрии. – 1970. - № 2. – С. 96-101.
39. Бехтерев, В. М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием / В. М. Бехтерев // Вопросы алкоголизма – Спб., 1913. – Вып. 1. – С. 20.
40. Бисалиев, Р. В. Связь различных форм атипичного алкогольного опьянения с личностными особенностями больных алкоголизмом / Р. В. Бисалиев, А. Д. Марселин // Тезисы материалов I Российского национального конгресса по наркологии – Москва, 2009. – С. 53-54.
41. Бисалиев, Р.В. Диагностика несуицидального аутоагрессивного поведения у аддиктивных больных и их родственников / Р. В. Бисалиев. // Тезисы материалов I Российского национального конгресса по наркологии – Москва, 2009. – С. 55-56.

42. Бисалиев, Р. В. Особенности преморбидного статуса больных алкоголизмом мужчин из разных этнических групп / Р. В. Бисалиев, С. А. Неклюдова, С. А. Вешнева, В. Б. Овдиенко, О. В. Голобокова, Е. В. Кречина // Вопросы наркологии - 2011. – № 6. – С. 48-58.
43. Бобров, А. Е. Психофизиологические и медицинские аспекты проблемы изменения личности при алкоголизме / А. Е. Бобров // Психологический журнал. – 1986. – Т.7. - № 2. – С. 89-95.
44. Бобров, А. Е. Патологическое развитие личности при хроническом алкоголизме : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.45 / Бобров Алексей Евгеньевич. – М., 1988. – 43 с.
45. Боев, И. В. Пограничная аномальная личность / И. В. Боев. – Ставрополь : изд-во СГУ, 1999. – 362 с.
46. Бокий, И. В. Алкогольный абстинентный синдром / И. В. Бокий, И. П. Лапин. - Ленинград: Медицина, 1976. – 119 с.
47. Бокий, И. В. Аффективные нарушения у больных алкоголизмом и вопросы терапии / И. В. Бокий // Сборник трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – 1983. – С. 5-9.
48. Бокий, И. В. Алкоголизм и самосознание личности : в кн. Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом / И. В. Бокий, С. В. Цыцарев // Тезисы докладов. – Л., 1986. – С. 351-354.
49. Бокий, И. В. Формирование и течение семейного алкоголизма / И. В. Бокий, О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова // Материалы международного симпозиума «Алкоголизм и наследственность» – Москва, 1987. – С. 42-45.
50. Бокий, И. В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: клинико-психологический анализ / И. В. Бокий, С. В. Цыцарев // Сборник науч. трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М.Бехтерева «Ремиссии при алкоголизме» – Ленинград, 1987. – С. 7-19.

51. Boning, J. Алкоголизм и аффективные расстройства – клинический и генетический аспекты / J. Boning. // Материалы международного симпозиума «Алкоголизм и наследственность» – Москва, 1987 – С. 36-41.
52. Бориневич, В. В. Изменение форм потребления алкоголя в динамике алкогольной болезни / В. В. Бориневич, А. Г. Гофман // Сборник научных трудов МНИИП МЗ РСФСР. – Москва, 1963. – С. 63-76.
53. Бочков, Н. П. Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий (обзор литературы) / Н. П. Бочков, А. Ф. Захаров, М. Г. Аксенова, А. В. Новиков, Н. С. Демикова // Наркология - 2003. - № 1. – С. 7-14.
54. Братусь, Б. С. Психологический анализ одного из видов патологии личности / Б. С. Братусь // Вопросы психологии - 1973. - № 2. – С. 67-76.
55. Братусь, Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме : учебное пособие / Б. С. Братусь. – Москва : Изд-во МГУ, 1974. – 96 с.
56. Братусь, Б. С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма : учебное пособие / Б. С. Братусь, П. И. Сидоров. – Москва, 1984. – 144 с.
57. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – Москва : Мысль, 1988. – 304 с.
58. Бриль-Краммер, К. М. О запое и лечении оного / К. М. Бриль-Краммер. – Москва, 1819. – 120 с.
59. Бурлачук, А. Ф. Словарь-справочник по психологии / А. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – Санкт-Петербург, 2004 (2-е изд.). – 164 с.
60. Бурно, М. Е. О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Бурно Марк Евгеньевич. – М., 1969 – 16 с.

61. Бурно, М. Е. О «простодушном» варианте личности больных хроническим алкоголизмом / М. Е. Бурно. // Журнал невропатологии и психиатрии – 1983. – Т. 83. - № 2. – С. 73-77.
62. Буянов, М. И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков / М. И. Буянов. - М., 1995. - 268 с.
63. Бычков, Е. Н. Подростковый пивной алкоголизм / Е. Н. Бычков, А. Т. Староверов, А. Н. Хлебников. // Тезисы материалов общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах» - Москва, 2009. – С. 290-291.
64. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения, 2011. – Вып. 89 : С. 398-399. doi: 10.2471/BLT.11.020611
65. Валентик, Ю.В. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом / Ю. В. Валентик // Вопросы наркологии. – 1988. - № 2 – С. 42-45.
66. Валентик, Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ : лекции по наркологии (под ред. Иванца Н.Н.) / Ю. В. Валентик. – Москва : Нолидж, 2000 – С. 309-340.
67. Вартамян, М. Е. Клиническая генетика болезней с наследственным предрасположением / М. Е. Вартамян, А. В. Снежневский. // Вестник Академии мед.наук СССР - М., 1976. - № 7. – С. 76-83.
68. Вартамян, М. Е. Современные аспекты генетики мультифакториальных заболеваний / М. Е. Вартамян // Вопросы общей генетики – М. : Изд-во Наука, 1981. – С. 441-449.
69. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. - М. : Изд-во «Север», 1933. - периздано Изд-во Нижегородской государственной Медицинской Академии, 2000 – 124 с.
70. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. - М. : Медицина, 1964 – 292 с.

71. Ганнушкин, П. Б. Особенности эмоционально-волевой сферы при психопатиях : Психология эмоций (под ред. В.К.Вилюнас и Ю.Б.Гиппенрейтер) / П. Б. Ганнушкин. – М. : Изд-во МГУ, 1984 – С. 252-279.
72. Гарганеев, С.В. Аддиктивное поведение современных подростков / С. В. Гарганеев, М. И. Рыбалко. // Тезисы материалов XV съезда психиатров России – М., 2010. – С. 243-244.
73. Гиленко, М. В. Органические психические расстройства, коморбидные с зависимостью от алкоголя : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Гиленко Мария Владимировна. – М., 2016. – 278 с.
74. Nirrius, H. Депрессия, тревожные расстройства и алкоголизм / H. Nirrius, M. Ackenheil. – М. : Медикография, 1994 – Т. 16. - вып. 56 – С. 24-28.
75. Голимбет, В. Е. Геномика в психологии и психиатрии / В. Е. Голимбет // Молекулярная биология. – 2004. – Т. 38. – № 1. – С. 165-170.
76. Голимбет, В. Е. Связь полиморфных маркеров гена дофаминового рецептора D4 с шизофренией и психологическими особенностями больных / В. Е. Голимбет, И. К. Гриценко, М. В. Алфимова, Т. В. Лежейко, Л. И. Пекарская, Т. К. Шемякина, Л. П. Фролова, Р. П. Эбштейн. // Медицинская генетика. – 2005. – Т. 4. - № 4 – С. 99-105.
77. Гофман, А. Г. О течении алкоголизма и усовершенствовании классификации его стадий / А. Г. Гофман // Тезисы докладов V Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1985 –Т. 2 – С. 35-38.
78. Гофман, А. Г. Возрастной аспект алкоголизма. Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма / А. Г. Гофман // Сборник науч.трудов МНИИП МЗ РФ. – М., 1989 – С. 40-47.
79. Гофман, А. Г. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом / А. Г. Гофман, А. Ю. Магалиф // Социальная и клиническая психиатрия. – 1991. - № 1. – С. 71-74.

80. Гофман, А. Г. Глоссарий по квантифицированной оценке основных проявлений алкоголизма / А. Г. Гофман, А. Ю. Магалиф, Е. Н. Крылов, В. Л. Минутко, Л. Н. Виноградова // Методическое пособие МНИИП МЗ РСФСР. – М., 1991 – 28 с.
81. Гофман, А. Г. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий : руководство для врачей (под ред. А.Ю. Магалифа) / А. Г. Гофман, А. П. Музыченко, Г. М. Энтин и др.. – М. : 1999. – 231 с.
82. Гофман, А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман. - М. : Изд-во «МИКЛОШ», 2003 – 215 с.
83. Гофман А.Г. Хронический алкоголизм. Психиатрия: справочник практического врача; под ред. А. Г. Гофмана / А. Г. Гофман, Т. А. Кожина. – М. : Медпресс-информ, 2006. – С. 471-487.
84. Гофман, А. Г. Психиатрия. : Справочник практического врача / А. Г. Гофман. – М. : Изд-во «МЕДпресс-информ», 2010, 2017 – 623 с.
85. Гузиков, Б. М. Некоторые клинические и социально-психологические аспекты групповой психотерапии больных алкоголизмом в связи с задачами их реабилитации / Б. М. Гузиков // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями – Л., 1982. – С. 306-310.
86. Гузиков, Б. М. Аддиктивное поведение у подростков как путь к наркоманиям, токсикоманиям, раннему алкоголизму / Б. М. Гузиков // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1991 - № 2. – С. 116-118.
87. Гулямов, М. Г. Неотложные состояния, обусловленные алкогольной интоксикацией / М. Г. Гулямов, А. В. Погосов, Б. М. Асадов. – Душанбе : Ирфон, 1987 – 240 с.
88. Гуревич, Я. Л. Социально-трудовая реабилитация больных хроническим алкоголизмом. Объективная оценка, прогнозирование, организационные аспекты : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Гуревич Я. Л. – Харьков, 1980 – 182 с.

89. Даренский, И. Д. Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности / И. Д. Даренский // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 8-14.
90. Даренский, И. Д. Эндогенные факторы дезадаптации наркологических больных / И. Д. Даренский, Т. Н. Дудко // Тезисы материалов XV съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 257.
91. Дереча, В. А. О видах и механизмах личностной зависимости : учебное пособие / В. А. Дереча. – Оренбург, 2001. – 120 с.
92. Дереча, В. А. Дифференцированный подход к оценке и лечению расстройств личности у больных алкоголизмом : пособие для врачей МЗ РФ / В. А. Дереча, Г. И. Дереча, В. В. Карпец. - Москва-Оренбург, 2004. - 27 с.
93. Дереча, Г. И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом (клинико-системное исследование) : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Дереча Галина Ильинична. – Оренбург, 2005. - 160 с.
94. Дмитриева, Т. Б. Злоупотребление психоактивными веществами : учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. Б. Клименко, Л. Е. Пищикова, Н. Е. Кулагина. – М., 2000. – 300 с.
95. Дмитриева, Т. Б. Этнокультуральная психиатрия / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий. – М. : Изд-во Медицина, 2003. – 235 с.
96. Довженко, А. Р. Организация стресспсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях : методические рекомендации Минздрава СССР / А. Р. Довженко. – М., 1984. – 12 с.
97. Дубина, Л. А. Особенности эмоциональных расстройств и восприятия качества жизни у больных алкоголизмом в период становления ремиссии / Л. А. Дубина, О. Ф. Ерышев, Е. М. Крупицкий // Тезисы материалов I Российского национального конгресса по наркологии. - М., 2009. – С. 73-74.

98. Евдокимова, Е.М. Особенности сознания болезни при алкоголизме / Е. М. Евдокимова, А. Н. Дядичко // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.»» - М., 2008. – С. 296-297.
99. Егоров, А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии. Наркология и аддиктология: Сб. научн. трудов (под ред. В.Д. Менделевича) / А. Ю. Егоров. – Казань, 2004.
100. Еникеева, Д. Г. Клиника, диагностика и лечение малопрогрессирующего варианта алкоголизма : методические рекомендации / Д. Г. Еникеева, Д. Д. Еникеева. – Казань, 1982 – 26 с.
101. Еникеева, Д. Д. О прогрессирующей алкоголизации / Д. Д. Еникеева // Сборник научных трудов «Клиника и патогенез алкогольных заболеваний». – М., 1984 – С. 85-90.
102. Еникеева, Д. Д. Симптомы утраты количественного контроля при малопрогрессирующем варианте алкоголизма. Вопросы патогенеза, клиники и лечения алкогольных заболеваний / Д. Д. Еникеева // Тезисы II Московской научно-практической конференции психиатров-наркологов. – М., 1984 – С. 71-73.
103. Еникеева, Д. Д. Преморбидные особенности личности больных с малопрогрессирующим вариантом течения алкоголизма / Д. Д. Еникеева // Материалы V Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – Харьков, 1985 – Т. 2 – С. 49-51.
104. Еникеева, Д. Д. Особенности синдрома психической зависимости при малопрогрессирующем течении алкоголизма / Д. Д. Еникеева // Материалы областной научно-практической конференции «неотложная наркология». - Харьков, 1987 – С. 64-68.

105. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова. - М. : Элби-СПб, 2002 – 192 с.
106. Жислин, С. Г. Об алкогольных расстройствах / С. Г. Жислин. - Воронеж, 1935 – 139 с.
107. Жислин, С. Г. Очерки клинической психиатрии / С. Г. Жислин. - М. : Медицина, 1965 – 320 с.
108. Жмуров, В. А. Эмоционально-волевые нарушения при алкоголизме и вопросы патогенеза алкогольных психозов / В. А. Жмуров, Р. Х. Газин, М. А. Рыбалко // Тезисы докладов научной конференции Иркутского Мед. Института – Иркутск, 1980 – С. 76-78.
109. Жмуров, В. А. Общая психопатология / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркутского университета, 1986. – 280 с.
110. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. - Новосибирск : Наука, 1988. – 198 с.
111. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебное пособие для студентов вузов / Б. В. Зейгарник. - М. : Издательский центр «Академия», 1999. – 208 с.
112. Иванец, Н. Н. О роли личностного фактора при хроническом алкоголизме / Н. Н. Иванец // Вопросы психоневрологии. – 1980. – вып. 8 – С. 54-56.
113. Иванец, Н. Н. Клиника алкоголизма. Алкоголизм : руководство для врачей (под ред. Морозова Г.В., Рожнова В.Е., Бабаяна Э.А.) / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин. – М. : Медицина, 1983 – С. 75-138.
114. Иванец, Н. Н. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Т. 83 - № 8. – С. 1222-1227.

115. Иванец, Н. Н. Значение конституционально-биологических факторов для формирования различных клинических вариантов алкоголизма / Н. Н. Иванец // Алкоголизм и наследственность. – М.: 1987 – С. 72-75.
116. Иванец, Н. Н. Современные подходы к диагностике алкоголизма / Н. Н. Иванец, М. И. Лукомская // Материалы Всесоюзной конференции «Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья». – Томск. – 1990. – С. 140-141.
117. Иванец, Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний : лекции по клинической наркологии (под ред. Н. Н. Иванца) / Н. Н. Иванец. – М., 1990. – С. 106-121.
118. Иванец, Н. Н. Типология алкоголизма / Н. Н. Иванец, Л. М.. – М., 1996 – 47 с.
119. Иванец, Н. Н. Границы и классификации наркологических заболеваний : Лекции по наркологии под ред. Н.Н.Иванца / Н. Н. Иванец. – М. : Нолидж, 2000 – С. 66-67.
120. Иванец, Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Наркология : национальное руководство (под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой) / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 481-492.
121. Игонин, А. Л. Хронический алкоголизм у психопатических личностей с депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Игонин Андрей Леонидович. – М., 1974. – 21 с.
122. Игонин, А. Л. О влиянии некоторых микросоциальных и личностных факторов на патологическое влечение к алкоголю при хроническом алкоголизме : кн. Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии / А. Л. Игонин. – М., 1997. – С. 116-122.
123. Кашин, А. В. Демографические и клинические характеристики бездомных больных алкоголизмом / А. В. Кашин // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы

- «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.» - М., 2008. – С. 298-299.
124. Kendler, K. S. Структура генетических и средовых факторов риска шести основных психических расстройств: фобического, генерализованного тревожного, панического расстройства, нервной булимии, большой депрессии и алкоголизма / K. S. Kendler, E. E. Walters, M. C. Neal et al. // Ежегодник по психиатрии и проблемам психического здоровья. Избранные статьи. – М., 1997 – Т. 1. – С. 7-8.
125. Кербиков, О. В. Лекции по психиатрии : авторский сборник / О. В. Кербиков. – М. : Государственное издательство медицинской литературы, 1955 – 240 с.
126. Кибитов, А. О. Сравнительный анализ вариантов полиморфизма генов дофаминовых рецепторов DRD2 и DRD4 у больных с зависимостью от разных видов ПАВ / А. О. Кибитов, Е. Ю. Воскобоева, И. А. Моисеев, И. Ю. Шамакина, И. П. Анохина // Наркология. – 2007. - № 4. – С. 31-38.
127. Кибитов, А. О. Полиморфизм гена транспортера дофамина (DAT1) у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией / А. О. Кибитов, Е. Ю. Воскобоева, В. М. Бродянский, Н. А. Чупрова, Е. В. Смирнова // Вопросы наркологии. – 2009. - № 3 – С. 78-90.
128. Кибитов, А. О. Молекулярно-генетический анализ наследственной отягощенности по алкоголизму у наркологических больных: полиморфизм гена дофаминового рецептора типа 2 (DRD2) / А. О. Кибитов, Е. Ю. Воскобоева, В. М. Бродянский, Н. А. Чупрова, Е. В. Смирнова // Наркология. – 2009. - № 9 – С. 53-63.
129. Кибитов, А. О. Влияние фактора семейной отягощенности алкоголизмом и величины ее плотности на возрастные, динамические и качественные параметры формирования зависимости от алкоголя: опыт системного исследования / А. О. Кибитов, Е. Ю. Воскобоева, В. М.

- Бродянский, Н. А. Чупрова, Е. В. Смирнова // Наркология. – 2010. - № 1 – С. 59-71.
130. Кибитов, А. О. Функциональный полиморфный локус 1021 С/Т 5*-области гена дофамин-бета-гидроксилазы (DBH) – маркер высокого риска опийной (героиновой) наркомании / А. О. Кибитов, В. М. Бродянский, С. О. Мохначев, Т. В. Агибалова, Н. А. Чупрова, Е. В. Смирнова, Т. Н. Ясиновская, И. Н. Фалынскова // Наркология. – 2010. - № 8 – С. 81-89.
131. Кибитов, А. О. Генетика наркологических заболеваний: молекулярно-генетический профиль дофаминовой нейро-медиаторной системы при алкоголизме и опийной наркомании / А. О. Кибитов // Наркология. – 2011. - № 9 – С. 25-42.
132. Кибитов, А. О. Молекулярно-генетический профиль дофаминовой нейро-медиаторной системы при алкоголизме и опийной наркомании : автореф. дис. ... докт. мед. наук : 14.01.27 / Кибитов Александр Олегович. – М., 2012. – 52 с.
133. Киржанова, В. В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017 году : аналитический обзор / В. В. Киржанова, Н. И. Григорова, В. Н. Киржанов, О. В. Сидорюк. – М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 183 с.
134. Клименко, Т. В. Клинико-психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью / Т. В. Клименко, А. А. Кирпиченко // Наркология. – 2007. - № 6. – С. 65-67.
135. Клименко, Т. В. Оптимизация комплексной системы мер профилактики правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, за счет расширения форм недобровольного лечения осужденных / Т. В. Клименко, А. А. Козлов, А. А. Романов // Вопросы наркологии. – 2015. - № 1. – С. 94-104.

136. Клименко, Т. В. Оценка динамики клинико-психопатологических и психосоциальных характеристик пациентов с опишной зависимостью [Электронный ресурс] / Т. В. Клименко, А. А. Козлов, С. А. Игумнов, Э. П. Станько // Медицинская психология в России. – 2016. - № 2 (37). – Режим доступа: URL: <http://mprj.ru>
137. Клубова, Е. Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04, 14.00.25 / Клубова Елена Борисовна. – СПб., 1995. – 172 с.
138. Ковалев, А. А. Особенности изменений личности у больных пивным алкоголизмом в зависимости от стадии заболевания и личностного фактора / А. А. Ковалев, А. А. Ковалев // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии. – М., 2009. – С. 81-82.
139. Ковалев, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985 – 286 с.
140. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995 – 560 с.
141. 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.
142. Колесов, Д. В. Эволюция психики и природа наркотизма / Д. В. Колесов. - М. : Педагогика, 1991 – 312 с.
143. Колобов, В. В. О взаимосвязи системы отношений личности с мотивацией на лечение у больных алкоголизмом / В. В. Колобов // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы

- «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.». - М., 2008. – С. 303-304.
144. Кондрашенко, В. Т. Алкоголизм / В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревский. – Минск : Беларусь, 1983 – 288 с.
145. Конищев, А. С. Клинические типы ремиссий невротического уровня у больных хроническим алкоголизмом / А. С. Конищев, Б. Д. Цыганков, У. Х. Гаджиева // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии. – М., 2009. – С. 82-83.
146. Коньков, Е. М. Клинико-социологическая характеристика женщин в начальной стадии алкоголизма / Е. М. Коньков, Г. К. Заиров, И. И. Хесин // Материалы IV Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – М., 1980 – С. 148-151.
147. Копыт, Н. Я. Профилактика алкоголизма / Н. Я. Копыт, П. И. Сидоров. - М. : Медицина, 1986 – 239 с.
148. Корнетов, Н. А. Показатель полового диморфизма как возможный конституционально-морфологический предиктор тяжести алкоголизма / Н. А. Корнетов, Ю. И. Прядухин, Л. В. Мещеряков и др. // Материалы международного симпозиума «Алкоголизм и наследственность». – М., 1987 – С. 87-91.
149. Короленко, Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. - М.: Академический проект, 2000. – 460 с.
150. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск, 2001. – 251 с.
151. Короленко, Ц. П. Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном личностном расстройстве / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс // Аддиктология. – 2005. - № 1. – С. 41-46.
152. Корольков, А. И. Преморбид и клиника алкоголизма в зависимости от количества потребляемого алкоголя : автореф. дис. ...

- канд. мед. наук : 14.01.27 / Корольков Алексей Игоревич. – М., 2012. - 24 с.
153. Кошкина, Е. А. Особенности распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г. / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2006. - № 2. – С. 50-58.
154. Кошкина, Е. А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2006-2007 гг. : статистический сборник / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова. – М. : ФГУ ННЦ наркологии, 2008 – 125 с.
155. Кошкина, Е. А. Эпидемиология наркологических заболеваний. Наркология : национальное руководство под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008 – С. 15-31.
156. Кошкина, Е. А. Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов в России. Алкоголизм : руководство для врачей под ред. Н.Н.Иванца, М.А.Винниковой / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова. – М. : ООО Изд-во Медицинское информационное агентство, 2011 – С. 32-39.
157. Кошкина, Е. А. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России. Алкоголизм : руководство для врачей под ред. Н.Н.Иванца, М.А.Винниковой / Е. А. Кошкина, Н. И. Павловская. – М. : , ООО Изд-во Медицинское информационное агентство, 2011 – С. 21-31.
158. Крафт-Эббинг Р. О здоровых и больных нервах. Пер. с нем. под ред. Л.С.Минора / Крафт-Эббинг. – М., 1885 – 159 с.
159. Крафт-Эббинг, Р. Учебник психиатрии / Р. Крафт-Эббинг. – СПб : Риккер, 1890. – 89 с.
160. Крепелин, Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов (Пер. с нем.) / Э. Крепелин. – М. : Изд.А.А.Карцева, 1912 – Т. 2 – 478 с.

161. Кречмер Э. Медицинская психология (Пер. с 3-го нем. изд., под ред. В.Е.Смирнова) / Э. Кречмер. – М., 1988 – С.24-26.
162. Крупицкий, Е. М. Об одном из методов лечения аффективных нарушений у больных алкоголизмом / Е. М. Крупицкий, А. М. Бураков, Г. Ф. Карандашова и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991 – Т. 91. – Вып. 4. – С. 90-94.
163. Крупицкий, Е. М. Стабилизация ремиссий при алкоголизме / Е. М. Крупицкий, А. Я. Гриненко. - Спб. : Гиппократ, 1996 – 96 с.
164. Крупицкий, Е. М. Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме : зарубежные исследования / Е. М. Крупицкий. // Вопросы наркологии. – 2003. - № 1. – С. 51-61.
165. Крупицкий, Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины / Е. М. Крупицкий // Неврологический вестник. – 2010. - № 42 (3). - С. 25-27.
166. Крылов, Е. Н. Особенности влечения к алкоголю в структуре похмельного синдрома / Е. Н. Крылов, А. Ю. Магалиф // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы республ. совещания наркологов. - Ашхабад, 1989 – С. 63-66.
167. Крылов, Е. Н. Структурно-динамические особенности влечения к алкоголю в течении хронического алкоголизма / Е. Н. Крылов, Л. Н. Виноградова, А. Г. Гофман, В. М. Колодный, А. Ю. Магалиф, А. В. Немцов // Сб-к науч.трудов Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР «Проблемы наркологии-90». – М., 1990 – С. 69-76.
168. Крылов, Е. Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Дисс.докт.мед.наук – М., 2004 – 322 с.
169. Кузнецова-Морева, Е. А. Сравнительное исследование особенностей личности пациентов с патологической склонностью к азартным играм и хроническим алкоголизмом / Е. А. Кузнецова-

- Морева // Тезисы материалов общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.» - М., 2008. – С. 308-309.
170. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. - Букинистическое издание. Изд-во Феникс, 1977 – 544 с.
171. Лисицын, Ю. П. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты : руководство для врачей / Ю. П. Лисицын, П. И. Сидоров. – М.: Медицина, 1990 – 528 с.
172. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. : Психология индивидуальных различий (под ред.Ю.Б.Гиппенрейтер, В.Я.Романова) / А. Е. Личко. – М. : Изд-во МГУ – 1982 – С. 288-318.
173. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия : руководство для врачей / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1985 – 416 с.
174. Личко, А. Е. Подростковая наркология : рук-во для врачей / А. Е. Личко, В. С. Битенский. – Л. : Медицина, 1991 – 303 с.
175. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – М. : Изд-во Речь, 2010 – 256 с.
176. Ломов, Б. Ф. Методические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. – М., 1984 – 191 с.
177. Лукомский, И. И. Алкоголизм и аффективная патология / И. И. Лукомский // Материалы научной конференции «Вопросы социальной и клинической психоневрологии». – М., 1970 – С. 175-181.
178. Лукомский, И. И. Лечение психических расстройств при алкоголизме / И. И. Лукомский, Ю. И. Никитин – Киев : Здоровье, 1977 – 160 с.
179. Макушкин, Е. В. Психотерапевтическая и психокоррекционная помощь несовершеннолетним, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах : Пособие для врачей / Е. В. Макушкин, Н. В.

- Вострокнутов, Е. Г. Дозорцева, В. Д. Бадмаева. – М. : ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – 48 с.
180. Мамин, Г. В. Алкоголизация как фактор риска развития тяжелых форм сосудистого слабоумия / Г. В. Мамин // Тезисы материалов XV съезда психиатров России. – М., 2010 – С. 257.
181. Мандель, А. И. Ассоциированные формы алкоголизма у женщин / А. И. Мандель, И. Э. Анкудинова, Н. И. Кисель // Тезисы материалов XV съезда психиатров России. – М., 2010 г. – С.258.
182. Мелик-Пашаян, А. Э. Психическая патология в популяции лиц призывного контингента (данные Армении) / А. Э. Мелик-Пашаян // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107. - № 9. – С. 79-81.
183. Меликсетян, А. С. Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Меликсетян Анаит Сергеевна. – М., 2011 – 263 с.
184. Менделевич, В. Д. Теория и практика аддиктологии / В. Д. Менделевич // Практическая медицина. - 2004. - № 3 (8). – С. 33-34.
185. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. – СПб : Речь, 2005. – 445 с.
186. Менделевич, В. Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небезупречность процедур / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2005. - № 1. - С. 56-64.
187. Менделевич, В. Д. Клиническая (медицинская) психология : учебное пособие (6-е изд.) / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
188. Менделевич, В. Д. Связь алкогольной и наркотической зависимости у подростков с характером их отношений с родителями / В. Д. Менделевич, О. П. Макушина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2013. – Т. 113. - № 6(2). – С. 72-74.

189. Меньшикова, Е. С. Личностные особенности больных хроническим алкоголизмом при разных вариантах течения заболевания : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Меньшикова Е. С. – М., 1980. – 17 с.
190. Микаил-Заде, З. Г. Медико-социальная характеристика женщин, больных хроническим алкоголизмом / З. Г. Микаил-Заде // Вопросы психоневрологии. – 1982. – Вып. 9 – С. 295-298.
191. Минков, Е. Г. Введение в наркологию : учебное пособие / Е. Г. Минков. – М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 88 с.
192. Мищенко, Л. В. Алкогольная зависимость, сформировавшаяся на фоне расстройств личности (клинико-терапевтические аспекты) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Мищенко Лариса Викторовна. – М., 2005. – 165 с.
193. Молчанова, Ю. Ю. Уровень субъективного контроля при алкоголизме / Ю. Ю. Молчанова // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.». - М., 2008. – С. 317-318.
194. Москаленко, В. Д. Алкоголизм и генетика : инф. обзор ВНИИМИ «Медицина и здравоохранение». Серия: мед.генетика и иммунология / В. Д. Москаленко, М. М. Ванюков. – М., 1988 – 73 с.
195. Москаленко, В. Д. Предсказуем ли алкоголизм? Способы распознавания и устранения факторов риска : инф. обзор «Медицина и здравоохранение» НПО «Союзмединформ» / В. Д. Москаленко. - М., 1991 – 67 с.
196. Москаленко, В. Д. Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Изучение семей близнецов, приемных детей и факторов среды. Часть 1. / В. Д. Москаленко, А. В. Шевцов //

- Серия: Медицина. Выпуск «Алкогольная болезнь» ВИНТИ М., 2000.
- № 2 – С. 1-6.
197. Москаленко, В. Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании : пособие для врачей, психологов и родственников больных / В. Д. Москаленко. – М. : Изд-во Анархис, 2002 – 112 с.
198. Москаленко, В. Д. Влияние алкоголизма и наркомании на семью: проблема созависимости. Качество жизни. Пограничные психические расстройства / В. Д. Москаленко. – М. : Медицина, 2006. - № 1. – С. 76-82.
199. Надеждин, А. В. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних : пособие для врачей психиатров-наркологов / А. В. Надеждин, Е. Ю. Тетенова, С. Н. Авдеев и др. – М., 2000. – 15 с.
200. Наркология : национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
201. Небаракова, Т. П. К вопросу о влиянии преморбидных астенических характерологических особенностей на некоторые клинические проявления хронического алкоголизма. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма / Т. П. Небаракова // Пленум правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров. – Львов, 1976 – С. 196-199.
202. Небаракова, Т. П. Клиника, лечение и профилактика алкоголизма, развивающегося у лиц с астеническими характерологическими проявлениями : методические рекомендации / Т. П. Небаракова. – М., 1977 – 19 с.
203. Немчин, Т. А. Личность и алкоголизм / Т. А. Немчин, С. В. Цыцарев. – Л. : Изд-во Ленинградского университета, 1989 – 192 с.
204. Немцов, А. В. Алкогольный урон регионов России : методическое пособие / А. В. Немцов. – М., 2003. – 136 с.

205. Немцов, А. В. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России / А. В. Немцов, А. Т. Терехин // Наркология. – 2007. - № 12. – С. 29-36.
206. Немцов, А. В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 гг. / А. В. Немцов, К. В. Шельгин // Вопросы наркологии. – 2014. - № 5. С. 3-12.
207. Немцов, А. В. Российская смертность в свете потребления алкоголя / А. В. Немцов // Демографическое обозрение. - 2015. - Т. 2. - № 4. – С. 111-135.
208. Никитин, Ю. И. Профилактика и лечение алкоголизма / Ю. И. Никитин. – Киев : Здоровье, 1990. – 166 с.
209. Никитин, Ю. И. Клинико-морфологическая характеристика женщин, страдающих алкоголизмом : в кн. «Проблемы высшей нервной деятельности, патофизиологии, клиники и терапии психозов» Ч.2. / Ю. И. Никитин, М. И. Уткина, В. П. Чтецов. – Киев, 1980 – С. 61-62.
210. Никифоров, И. И. Качество жизни больных алкогольной зависимостью в разных состояниях : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Никифоров Илья Игоревич. - М., 2007 – 23 с.
211. Овчинников, С. В. Терапевтическая коррекция женского алкоголизма при индивидуально-типологических личностных расстройствах / С. В. Овчинников, С. А. Шамов, А. И. Клячин // Тезисы материалов I Российского национального конгресса по наркологии. – М., 2009 – С. 107-108.
212. Ойфе, И. А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии (клинический аспект проблемы) // дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Ойфе Игорь Абрамович. - М., 1990. –220 с.
213. Полтавец, В. И. Наследственные и средовые факторы в возникновении алкоголизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Полтавец В. И. – М., 1987. - 21 с.

214. Понизовский, П. А. Особенности алкогольной зависимости у активно работающего контингента больных / П. А. Понизовский, А. Ю. Магалиф // Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 264.
215. Портнов, А. А. Алкоголизм. Особенности развития и течения (клинический аспект проблемы) / А. А. Портнов. – М. : Медицина, 1962 – 224 с.
216. Портнов, А. А. Клиника алкоголизма / А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая. - 2-е изд. – Л. : Медицина, 1973 – 368 с.
217. Портнов, А. А. Психопатии и алкоголизм : Алкоголизм / А. А. Портнов, М. М. Ракитин. - М. : Медицина, 1988 – С. 3-6.
218. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
219. Пятницкая, И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма / И. Н. Пятницкая. – М. : Медицина, 1988 – 286 с.
220. Пятницкая, И. Н. Клиническая наркология / И. Н. Пятницкая. – Л. : Медицина, 1975 – 333 с.
221. Пятницкая, И. Н. Наркомания / И. Н. Пятницкая. - М. : Медицина, 1994 – 544 с.
222. Пятницкая, И. Н. Определение стадий хронического алкоголизма : методические рекомендации / И. Н. Пятницкая, Д. Д. Еникеева. – М., 1978 – 17 с.
223. Рохлина, М. Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия / М. Л. Рохлина, А. А. Козлов. - М. : Анахарсис, 2001 – 208 с.
224. Рыбакова, Ю. В. Алкогольная анозогнозия: методика оценки и взаимосвязь с клиническими и психосоциальными характеристиками больных : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.27 и 19.00.04 / Рыбакова Юлия Валерьевна. – СПб., 2012. – 28 с.

225. Сегал, Б. М. Алкоголизм (клинические, социально-психологические и биологические проблемы) / Б. М. Сегал. - М. : Медицина, 1967 – 578 с.
226. Сиволап, Ю. П. Фармакотерапия в наркологии / Ю. П. Сиволап, В. П. Савченков. - М. : Медицина, 2000 – 296 с.
227. Смулевич, А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич. – М. : МИА, 2007. – 192 с.
228. Смулевич, А. Б. Ипохондрия как патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Д. В. Романов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. - № 10. – С. 4-12.
229. Смулевич, А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А. Б. Смулевич. – М. : Изд-во «МЕДпресс-информ», 2009. – 203 с.
230. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. – М. : ООО Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2012. – 336 с.
231. Соловьева, В. М. Динамика психических нарушений при алкогольном абстинентном синдроме : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Соловьева Вера Михайловна. – М., 1989 – 16 с.
232. Sontag, H. Клиническое исследование влияния миансерина на алкогольную депрессию, возникающую после детоксикации / H. Sontag // Материалы международной научной конференции. - М., 2000 – С. 46-51.
233. Сорокина, Т. Т. Генетические и биохимические маркеры в оценке предрасположенности к алкоголизму / Т. Т. Сорокина // Материалы международного симпозиума «Алкоголизм и наследственность». – Л., 1986 – С. 138-144.
234. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем // М.: Медицина, 1973 – 384 с.

235. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М. : Медгиз, 1959. – 406 с.
236. Сухарева, Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. - М. : Медицина, 1997 – 320 с.
237. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб : Питер, 2001. – 272 с.
238. Трубчанинова, О. Н. Хронический алкоголизм у больных с преморбидными чертами стенического круга : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Трубчанинова – М., 1982 – 19 с.
239. Турсунходжаева, Л. А. О влиянии преморбидных типологических особенностей личности на клинику и течение ремиссий у больных хроническим алкоголизмом / Л. А. Турсунходжаева // Медицинский Журнал Узбекистана – 1985. - № 9 – С. 49-52.
240. Уваров, И. А. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя [Электронный ресурс] / И. А. Уваров, А. Р. Поздеев, В. Т. Лекомцев // Режим доступа: <http://psyterra.narod.ru>
241. Ураков, И. Г. Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма : методические рекомендации / И. Г. Ураков, А. К. Качаев. – М., 1976 – 14 с.
242. Ураков, И. Г. Хронический алкоголизм / И. Г. Ураков, В. В. Куликов. – М. : Медицина, 1977 – 167 с.
243. Ураков, И. Г. К оценке уровней реабилитации в дифференцированных группах больных алкоголизмом / И. Г. Ураков, Б. П. Каюмов, Л. Д. Мирошниченко // Медико-биологические проблемы алкоголизма: Материалы Всесоюзной научн. конф. «Медико-биологические проблемы алкоголизма». – Воронеж, 1988 – С. 178-184.
244. Ушаков, Г. К. Детская психиатрия / Г. К. Ушаков. - М. : Медицина, 1973 – 392 с.

245. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. – М. : Медицина, 1978 – 312 с.
246. Филатова, Т. А. Дифференцированный подход к профилактике зависимости от психоактивных средств в подростковой среде / Т. А. Филатова, А. В. Погосов // Материалы общероссийской конференции «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.». - Москва, 2008 – С. 338-339.
247. Ханыков, В. В. К вопросу о «лженаучности» опосредованной психотерапии аддикций / В. В. Ханыков, И. В. Шлемина // Вопросы наркологии. – 2018. – № 2 – С. 73-82.
248. Хацкель, С. Б. Развитие воспитанников домов ребенка с различной семейной отягощенностью алкоголизмом / С. Б. Хацкель // Вопросы наркологии. - 2004 - № 6. – С. 38-43.
249. Чернобровкина, Т. В. Энзимопатии при алкоголизме / Т. В. Чернобровкина. – Киев : Здоровье, 1992 – 187 с.
250. Чернобровкина, Т. В. О «кодировании» в аддиктологии в вопросах и ответах / Т. В. Чернобровкина // Наркология. – 2008. - № 2. – С. 62-82.
251. Четвериков, Д. В. Выявление «двойных диагнозов» у психически больных / Д. В. Четвериков, С. И. Козлов // Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». - Москва, 1988 – 18 с.
252. Чуркин, А. А. Психическое здоровье городского населения / А. А. Чуркин, В. И. Михайлов, Л. Н. Касимова – Хабаровск, 2000 – 104 с.
253. Шайдукова, Л. К. Нервно-психические расстройства у больных алкоголизмом в период длительных ремиссий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Шайдукова Лейла Казбековна. – М., 1988 – 18 с.

254. Шайдукова, Л. К. Исследование личности больных алкоголизмом на различных этапах заболевания / Л. К. Шайдукова, И. Г. Кузнецов // Казанский медицинский журнал, 1992. – Т. 72. – № 1. – С. 32-34.
255. Шайдукова, Л. К. Гендерная наркология / Л. К. Шайдукова. - Казань: Институт истории им.Ш.Марджани АН РТ, 2007 - 287 с.
256. Шайдукова, Л. К. Психодинамические концепции «аддиктивных» личностей / Л. К. Шайдукова // Психическое здоровье. – 2009. – № 10 – С. 71-75.
257. Шевцов, А. В. Введение в самопознание / А. В. Шевцов. – СПб. : Тропа Троянова, 2004. – 856 с.
258. Шлёмина, И. В. Характеристики алкогольной зависимости у больных шизотипическим расстройством (малопрогрессирующей шизофренией) / И. В. Шлёмина // Материалы общероссийской конференции «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.». – Москва, 2008 – С. 343-344.
259. Шлёмина, И. В. Клиника шизотипического расстройства (малопрогрессирующей шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Шлёмина Ирина Валерьевна. – М., 2009 – 277 с.
260. Шнайдер, К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер. - 14-е неизменное издание с комментариями Герда Хубера и Гизеллы Гросс. Изд-во «Сфера» (перевод, оформление), 1999 – 97 с.
261. Шостакович, Б. В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике / Б. В. Шостакович. – М., 2006. – 372 с.
262. Шумский, Н. Г. Алкоголизм : руководство по психиатрии под ред. А. В. Снежневского / Н. Г. Шумский. – М: Медицина, 1983 – Т. 2 – С. 251-328.

263. Шустов, Д. И. Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме / Д. И. Шустов, Ю. В. Валентик // Вопросы наркологии. - 2001. - № 4 – С. 32-43.
264. Энтин, Г. М. Практическое руководство по лечению алкоголизма / Г. М. Энтин. – М.: Медицина, 1972 – 232 с.
265. Энтин, Г. М. Дифференцированное применение активной терапии при стационарном лечении больных алкоголизмом : дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Энтин Геннадий Михайлович. – М., 1972 – 560 с.
266. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма / Г. М. Энтин. – М: Медицина, 1990 – С. 52-57.
267. Энтин, Г. М. Еще раз к вопросу стресспсихотерапии алкоголизма по методу А.Р.Довженко / Г. М. Энтин // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1991. – Т. 91. - № 2. – С. 132-133.
268. Энтин, Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом: пособие для врачей наркологов и психотерапевтов / Г. М. Энтин. – М.: 1994. - 24 с.
269. Энтин, Г. М. Сравнительная оценка эффективности различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма / Г. М. Энтин, К. Н. Беляева, Н. Р. Динеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. № 1. – С. 90-95.
270. Энтин, Г. М. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. Под ред. А.Г.Гофмана / Г. М. Энтин, Е.Н. Крылов. – М., 1994. – Т.1 и Т.2.
271. Энтин, Г. М. Алкогольная и наркотическая зависимость : практическое руководство для врачей / Г. М. Энтин, А. Г. Гофман, А. П. Музыкаченко, Е. Н. Крылов. – М. : МЕДПРАКТИКА, 2002 – 328 с.
272. Эпштейн, И. Ц. Характеристика рецидивов и прогноз эффективности при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко / И. Ц. Эпштейн, О. И. Эпштейн // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1991. - № 1. – С. 18 – 22.

273. Яшкина, И. В. Клиника алкоголизма у лиц с высоким уровнем социальной адаптации : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 : 14.00.45 / Яшкина Ирина Владимировна. - М., 1995. – 229 с.
274. Abdelhameed M., Mahfouz R., Kamal A., Taha M. Digging out insights and behavioral correlates of false and true femininity in borderline personality disorder patients attending four-step integrative model group psychotherapy. Proceedings of the 24th European Congress of Psychiatry, 2016 / European Psychiatry 33S. S116-S348, S276.
275. Abraham K. The psychological relations between sexuality and alcoholism // Int. J. Psychoanal., 1926 - № 7 – P. 2-10.
276. Adams K.M., Grant J., Carlin A.S., Reed R. Cross-study comparisons of self-reported alcohol consumption in four clinical groups – Am.J.Psychiat., 1983, vol.138 - № 4 – P. 445-449.
277. Alterman A.I. Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity and psychopathology // J Nerv Ment Dis. – 1988 – Mar. - №176 (3) – P.167-175.
278. Alterman A.I., Bedrick J., Cacciola J.S., Rutherford M.J., Searles J.S., McKay J.R., Cook T.G. Personality pathology and drinking in young men at high and low familial risk for alcoholism // J Stud Alcohol – 1998 – Sep - №59 (5) – P.495-502.
279. Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders, page 200, Spring 2013, vol.XI, no 2 FOCUS THE JOURNAL OF LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY focus.psychiatryonline.org (Reprinted from American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed. Washington, DC, APA. Copyright 2013, American Psychiatric Association. Used with permission).
280. Anokhina I.P., Kogan B.M., Drozdov A.Z. Disturbances in regulation of catecholamine neuromediation in alcoholism // Alcohol – 1988 - №23 (5) - P.343-350.
281. Anton R.F., O Malley S.S., Ciraulo D.A. et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the

- COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003-2017.
282. Backon J. Prevalence of depression among Israeli alcoholics // *Journ. Clin.Psychol.* – 1990 – Vol.46 - №1 – P.96-102.
283. Barnow S. Epidemiologie, Verlauf und Komorbiditat von Persönlichkeitsstörungen // In: *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* / Hrsg. S. Barnow. – Bern, 2008. – P. 61-67.
284. Barnes Ch. A guide to counseling in early recovery from alcohol dependence // *Alcohol. Treat. Quart* – 1991 – Vol.8 - №1 – P.19-37.
285. Beckman L.J., Amaro H. Patterns of womens use of alcohol treatment agencies // *Alc.Helth Res.World* – 1984 – Vol.9 - №2 – P.14-25.
286. Ballon N., Leroy S., Roy C., Bourdel M.C., Olie J.P., Charles-Nicolas A., Krebs M.O., Poirier M.F. Polymorphisms TaqI A of the DRD2, Ball of the DRD3, exon III repeat of the DRD4, and 3* UTR VNTR of the DAT: Association with childhood ADHD in mail African-Caribbean cocaine dependents? // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* – 2007 – Dec5 - №144B (8) – P.1034-1041.
287. Behar D., Winokur G., Berg C.J. Depression in the abstinent alcohol // *Amer.Journ.Psychiatr.* – 1984 – Vol.141, №9 – P.1105-1107.
288. Bienvenu O.J., Davydow D.S., Kendler K.S. Psychiatric “diseases” versus behavioral disorders and degree of genetic influence // *Psychol. Ved.* 2011 - Jan, №41 (1) – P.33-40.
289. Blair J., Mitchell D., Blair K. *The psychopath. Emotion and the brain.* – 2005.
290. Blan H. T., Leonard K. E. *Psycholgical theories of drinking and alcoholism.* N. Y. : Guiford, 1987.
291. Blum K., Sheridan P.J., Wood R.C. Dopamin D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behavior // *Pharmacogenetics* – 1995 – Jun - №5 (3) – P.121-141.

292. Blum K., Chen T.J., Meshkin B., Wait R.L., Downs B.W., Blum S.H., Mengucci J.F., Arcuri V., Braverman E.R., Palomo T. Manipulation of catechol-O-methyl-transferase (COMT) activity to influence the attenuation of substance seeking behavior, a subtype of Reward Deficiency Syndrome (RDS), is dependent upon gene polymorphisms: a hypothesis // *Med Hypotheses* – 2007 - №69 (5) – P.1054-1060.
293. Brown R. A., Evans D. M., Miller I. W. et al. Cognitive-behavioral psychotherapy of depression at the alcoholics // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1997, 65. – P. 715-726.
294. Brown S.A., Munson E. Extroversion, anxiety and the perceived effects of alcohol – 1987 – Vol.48 - №3 – P.272-276.
295. Brown S.A., Schuckit M.A. Changes in depression among abstinent alcoholics // *Journ. Stud. Alcohol* – 1988 – Vol.49 - №5 – P.412-417.
296. Brown S.A., Babor T.F., Litt M.D., Kranzler H.R. The type A/type B distinction. Subtyping alcoholics according to indicators of vulnerability and severity. *Ann N Y Acad Sci.*, 1994 Feb 28; 708: P.23-33.
297. Brown S.A., Tate S.R., Vik P.W., Haas A.L., Aarons G.A. Modeling of alcohol use mediates the effect of family history of alcoholism on adolescent alcohol expectancies // *Exp.Clin.Psychopharmacol.* – 1999 – Feb. - №7 (1) – P.20-27.
298. Bucholz K.K. et al. When do alcoholics first discuss drinking problems? *J.Stud.Alcohol.* – 1992 -№6 – P.144-148.
299. Cahalan D., Room R. Problem drinking among American men – New Brunswick: N.J.Publications Division, Rutgers Center of Alcohol studies, 1974 – 269 p.
300. Camara E., Kramer U.M., Cunillera T., Marco-Pallares J., Cucurel D., Nager W., Mestress-Misse A., Bauer P., Schule R., Schols L., Tempelmann C., Rodriguez-Fornells A., Munte T.F. The effects of COMT (Val108/158Met) and DRD4 (SNP-521) dopamine genotypes on brain

- activations related to valence and magnitude of rewards // *Cereb.Cortex*. 2010 Aug.; 20 (8) 1985 – P.96.
301. Chavira D.A., Grilo C.M., Shea M.T. et al. Ethnicity and four personality disorders // *Comp. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 44. – P. 483-491.
302. Ciubara A., Sacuiu I., Untu R.A., Radu D.A., Untu I., Poroh V., Stefanescu C. (2016) Anger in personality disorders – catalyzer of violence – bio-psycho-social mechanisms. Proceedings of the 24th European Congress of Psychiatry / *European Psychiatry* 33S. S349-S805, S633.
303. Cloninger C.R., Bohman M., Sigvardsson S., von Konrring A.L. Psychopathology in adopted-out children of alcoholics. The Stockholm adoption study // *Recent development in alcoholism* / Ed.M.Galanter – N.Y.Plenum Publ.Corp., 1985 -№3- P.37-51.
304. Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S.B., von Konrring A.L., Reich T., Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism // *Adv.Alcohol Subst Abuse* – 1988 - №7 (3-4) – P.3-16.
305. Cloninger C.R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism // *Biomed. and Soc.Aspects Alcohol – Proc.Congr., 4-th Int. Soc. Diomed. Res. Alcohol (ISBRA) – Amsterdam, Kyoto, 1988 – P.496.*
306. Compton W.M., Cottler L.B., Ridenour T., Ben-Abdallah A., Spitznagel E.L. The specificity of family history of alcohol and drug abuse in cocaine abusers // *Am J Addict* – 2002 – Spring - №11 (2) – P.85-94.
307. Comings D.E., Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders // *Prog Brain Res* – 2000- №126 – P.325-341.
308. Cornelius J.R., Salloum I.M., Ehler J.G. et al. Fluoxetine VS placebo in depressed alcoholic substance abusers // *Probl. Drug Depend.: NIDA Res. Monogr.* – 1996. – № 174. – P.202.
309. Cotton N.S. The familial Incidence of Alcoholism // *J.Stud.Alcohol* - 1979 - №40 (1) – P.89-116.

310. Covington S.S. Misconceptions about women sexuality: Understanding the influence of alcoholism // *Focus.Fam.Chern.Depend* – 1986 – Vol.9 -№2 – P.43-44.
311. Covington S.S., Koen J. Women, alcohol and sexuality // *Advances in Alcohol and Substance Abuse* -1984 - №41 – P.29-41.
312. Crabbe J.C., McSwigan J.D., Belknap J.K. The role of genetics in substance abuse. Biological, psychological and environmental factors // Ed.S.M.Calisio, S.A.Maisto – N.Y. Plenum Press -1985 – P.13-64.
313. Cubells J.F., Zabetian C.P. Human genetics of plasma dopamine beta-hydroxylase activity: applications to research in psychiatry and neurology // *Psychopharmacology (Berl)* – 2004 – Vol.174 - №4 – P.463-476.
314. Dawson D.A. The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence? // *J.Stud.Alcohol* – 2000 – Sep. - №61 (5) – P.637-646.
315. Dawson D.A., Harford T.C., Grant B.F. Family history as a predictor of alcohol dependence // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* – 1992 – Jun. - №16 (3) – P.572-575.
316. De Brabander A., Deberdt W., Effect of hydroxyzine on attention and memory. *Human Psychopharmacology* 1990: 357-62.
317. De B Bruij C., van den Brink W., de Graaf R., Vollebergh W.A. The tree course of alcohol usedisorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model. Universiti Medical Centre Utrecht, Department of Psychiatry, Utrecht, the Netherlands, *Addiction*. 2006 Mar, 101(3):385-392.
318. Dick D.M., Wang J.S., Plunkett J., Aliev F., Hinrich A., Bertelsen S., Budde J.P., Goldstein E.L., Kaplan D., Edenberg H.J., Nurnberger J.Jr., Hesselbrock V., Schuckit M., Kuperman S., Tischfield J., Porjesz B., Begleiter H., Bierut L.J., Goate A. Family-based association analyses of alcohol dependence phenotypes across DRD2 and neighboring gene ANKK1 // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* – 2007 – Oct. - №31 (10) – P.1645-1653.

319. Dick D.M., Meyers J.L., Latendresse S.J., Creemers H.E., Lansford J.E., Pettit G.S., Bates J.E., Dodge K.A., Budde J., Goate A., Buitelaar J.K., Ormel J., Verhulst F.C., Huizink A.C. CHRM2, Parental Monitoring and Adolescent Externalizing Behavior: Evidence for Gene-Environment Interaction // *Psychol. Sci.* 2011 Mar 24 (Epub ahead of print).
320. Dorsch G., Talley R. Response to alcoholics by the helping professions in Denver, a three – year follow-up // *Quart.J.Stud.Alc.* – 1973 – Vol.34 – P.165-172.
321. Drake R.E., Vaillant G.E. A validity study of Axis II of DSM-III // *Amer. J. Psychiatry.* – 1985. – Vol.142. – P. 553-558.
322. Dupont R.L., Busen M.M. Control of alcohol and drug abuse in industry—a literature review // *Publ.H.Rep.* – 1980 – V.95 -№2 – P.137-148.
323. Edwards G., Hensman C., Peto J. A comparison of female and male motivation for drinking – *Int. J. Addict.*, 1973 – Vol.8 - №4 – P.577-587.
324. Edwards G. *Modern Trends in Drug Dependence and alcoholism: Appleton Century Crofts – New York, 1980 – P.441-444.*
325. Eisen J.L., Rasmussen S.A. Coexisting obsessive compulsive disorder and alcoholism // *Journ.Clin.Psychiat* – 1989 – Vol.50 - №3 – P.96-98.
326. Ellwood L.C. Effects of alcoholism as a family illness on child behavior and development – *Milit. Med.*, 1980 – Vol.145 - №3 – P.188-192.
327. Erickson C.K. Reviews and comments on alcohol research // *Alcohol.* - 1989 – Vol.6 - №5 – P.421-422.
328. Erickson M., Rossi E., Rossi S. *Hypnotic realities. The Introduction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion.* M.: Nezavisimaja firma «Klass». 1999. 352 p. (In Russ).
329. Ewing J.A. Behavioral approaches for problems with alcohol – *Int. J. Addict.*, 1974 – Vol.9 - №13 – P.389-399.
330. Feinn R., Gelernter J., Cubells J.F., Farrer L., Kranzler H.R. Sources of unreliability in the diagnosis of substance dependence *J.Stud.Alcohol Drugs.* 2009 May; 70 (3): 475-481.

331. Ferry M., Amato L., Davoly M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 3:28.
332. Feuerlein W. *Alcoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen.* – Stuttgart: Thieme Verlag, 1975 – 207 s.
333. Feuerlein W. Probleme der Therapie des chronischen Alkoholismus // *Therapiewoche* – 1983 – Bd – 33, №23- S. 3242-3251.
334. Feuerlein W. Zur Diagnostik des chronischen Alkoholismus // *Off.Gesundheitsw* – 1987 – Bd 49, №10 – S.522-527.
335. Flanders J.P. // *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy.* Ed.L.A. Peplau @ D.Perlman – A Wiley – Interscience Publication. John Wiley @ Sons – 1982.
336. Freire M.T., Huts M.H., Bau C.H. The DBH-1021 C/T polymorphism is not associated with alcoholism but possibly with patients exposure to life events // *J.Neural.Transm.* - 2005– Vol.112 - №9 – P.1269-1274.
337. Freud S. *Three essays on the theory of sexuality* – Standard Edition, London: Hogarth Press – 1905 – Vol.7 – P.125-243.
338. Frick P.J. Developmental pathways to conduct disorder // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* – 2006. – Vol. 15. - № 2. – P. 311-331.
339. Frick P.J. Developmental pathways to conduct disorder: implications for future directions in research, assessment and treatment // *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53.* – 2012. – Vol. 41. - № 3. – P. 378-389.
340. Gardner E.L., Lowinson J.H. Marijuana's interaction with brain reward system // *Pharmacol.Biochem.Behav.* – 1991 - №40 – P.571-580.

341. Goodwin D.W., Schulsinger F., Moller N., Hermansen L., Winokur G. Guse S.B. Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics // Arch Gen Psychiatry – 1974 - №31 – P.164-169.
342. Goodwin D.W. Familial alcoholism // Subst Alcohol Actions Misuse – 1983 - №4 – P.129-136.
343. Goodwin D.W. The genetics of alcoholism // Hosp Community Psychiatry – 1983 – Vol. 45, №12 – P.14-17.
344. Goodwin D.W. Studies of familial alcoholism: a review // Journ. Clin. Psychiat - 1984 – Nov. - №34 (11) – P.1031-1034.
345. Goodwin D.W. Alcoholism and genetics. The sons of the fathers // Arch Gener. Psychiatry – 1985 - №42 – P.171-174.
346. Goodwin D.W. High-risk studies of alcoholism: Overview // Recent. developments in alcoholism // Ed.M.Galanter – N.Y.: Plenum Publ.Corp., 1985 – Vol.3 – P.37-51.
347. Goodwin D.W. The gene for alcoholism // Journ.Stud.Alcohol. – 1989 – Vol.50, №5 – P.397-398.
348. Gorwood P., Batel P., Gouya L. et al. Reappraisal of the association between the DRD2 gene, alcoholism and addiction // Eur. Psychiatry – 2000 – Vol.15 - №2 – P.90-96.
349. Grant B.F., Harford T.C. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey // Drug Alcohol.Depend. – 1995 – Vol.39 – P.197-206.
350. Grant B.F., Hasin D.S. Suicidal ideation among the Unites States drinking population: Results from the national longit rudinal alcohol epidemiologie survey // J.Stud.Alcohol. 1999 – Vol.60 - №3 – P.422-429.
351. Griffiths P.J., Littleton J.M., Oritz A., Brownlee G. Evidence of a role for brain monoamines in ethanol dependence // Br.J.Pharmacol. – 1973 – Jun. - №48 (2) – P. 354.

352. Gross M.M., Lewis E., Hastej J.M. Acute alcohol withdrawal syndrome // *The Biology of Alcoholism* // New York: Plenum Press – 1974 – Vol.3 – P.191-263.
353. Hack L.M., Kalsi G., Aliev F., Kuo P.H., Prescott C.A., Patterson D.G., Walsh D., Dick D.M., Riley B.P., Kendler K.S. Limited associations of dopamine system genes with alcohol dependence and related traits in the Irish Affected Sib Pair Study of Alcohol Dependence (IASPSAD) // *Alcohol Clin Exp Res.* 2011 Feb.; 35(2): 376-85.
354. Hayek M.A. Recovered alcoholic women with and without incest experience comparative study // Ph.D.Dissertation, Heed University – 1980.
355. Haver B. Female alcoholics I: Psychosocial outcome six years after treatment // *Acta psychiatry.Scand.* – 1986 –Vol.74, №1 – P.102-111.
356. Haver B. Female alcoholics IV: The relationship between family history of alcoholism and autcome 3-10 years after treatment. // *Acta psychiatry.Scand.* – 1987 –Vol.75, №5 – P.449-455.
357. Haver B. Female alcoholics V: The relationship between family history of alcoholism and autcome 3-10 years after treatment. // *Acta psychiatry.Scand.* – 1987 –Vol.76, №1 – P.21-27.
358. Harvey S.M., Beckmen L.J. Alcohol comsumption, female sexual behavior and contraceptive use // *J.Stud.Alc.* – 1986 - Vol.47, №4 – P.327-332.
359. Heath A.C., Madden P.A., Bucholz K.K., Dinwiddie S.H., Slutske W.S., Bierut L.J., Rohrbaugh J.W., Statham D.J., Dunne M.P., Whitfield J.B., Martin N.G. Genetic differences in alcohol sensitivity and the inheritance of alcoholism risk // *Psychological Medicine* – 1999 - №29 – P.1069-1081.
360. Helzer J.E., Pryzbeck T.R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment // *J.Stud.Alcohol.* - 1988 – Vol.49, №29 – P.219-224.

361. Henry D.J., Greene M.A., White F.J. Electrophysiological effects of cocaine in the mesoaccumbens dopamine system: repeated administration // *J.Pharm.Exp.Ther.* - 1989 - №251 – P.833-839.
362. Hill S.Y., Yuan H. Familial density of alcoholism and onset of adolescent drinking // *J.Stud.Alc.* - 1999 – Jan. - № 60 (1) – P.7-17.
363. Hill S.Y., Zezza N., Wipprecht G., Locke J., Neiswanger K. Personality traits and dopamine receptors (D2 and D4): linkage studies in families of alcoholics // *Am.J.Med.Genet.* - 1999 – Dec 15 - №88 (6) – P.634-641.
364. Hill S.Y., Zezza N., Wipprecht G., Xu J, Neiswanger K. Linkage studies of D2 and D4 receptor genes and alcoholism // *Am.J.Med.Genet* – 1999- Dec.15 - №88(6) – P.676-685.
365. Hill S.Y., Shen S., Lowers L., Locke J. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism // *Biol. Psychiatry* – 2000 - Aug.15 - №48(4) – P.265-275.
366. Hill S.Y., Hoffman E.K., Zezza N., Thalamuthu A., Weeks D.E., Matthews A.G., Mukhopadhyay J. Dopaminergic mutations: within-family association and linkage in multiplex alcohol dependence families // *Am.J.Med. Genet Biol.Neuropsychiatr Genet* – 2008 - Jun.5 - №147B (4) – P.517-526.
367. Humphreys K., Professional Interventions That Facilitate 12-Step Self-Help Group Involvement. *Alcohol Research Health* 1999; 23 (2): 93-98.
368. Huss M. *Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus* // Stockholm, Leipzig: Verlag C.E. Fritze, 1852 – s.357
369. Ismayilova J. A new perspective of personality disorders // *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology* 2016, vol.7, №3 – P.388-397.
370. Jackson H.P., Burgess P.M. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being // *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* – 2000. – Vol. 35. – P. 531-538.

371. Jellinek E.M. Heredity of the alcoholic // *Quart.J.Stud.Alcohol.* – 1945 - №5 – P.105-114.
372. Jellinek E.M. Phases of alcohol. Addiction // *Quart.Journ.Stud.Alcohol.* – 1952 –V.13, №4 – P.673-684.
373. Jellinek E.M. The withdrawal syndrome // *Canad.Med.Assoc.Journ.* – 1959 –Vol.81, №7 – P.114-121.
374. Jemar G.N., Mercurio E., Lopez S.M. (2016) Applied cognitive neuroscience a personality disorders and psychopathy. Proceedings of the 24th European Congress of Psychiatry / *European Psychiatry* 33S. S349-S805, S456.
375. Johnson R. The alcohol withdrawal syndrome // *Quart. Journ. Stud. Alcohol.* – 1961 –V.1 Suppl. – P.66-76.
376. Johnson E.O., Pickens R.W. Familial transmission of alcoholism among nonalcoholics and mild, severe and dissocial subtypes of alcoholism // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* – 2001 – May - №25 (5) – P.661-666.
377. Kantor G.K., Straus M.A. Substance abuse as a precipitant of family violence victimization // *Amer.J Drug.Ale.Abuse* –1989 – №15 – P.173-189.
378. Keenan E., O'Donnell C., Sinanan K., O'Callaghan E. Severity of alcohol dependence and its relationship to neurological soft signs, neurological impairment and family history // *Acta Psych.Sccand* – 1997 – Apr. - №95 (4) – P.272-276.
379. Kendler K.S., Gardner C.O. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria // *Amer.Journ.Psychiat* – 1998 – Vol.155 – P.172-177.
380. Khalturina D., Korotaev A. (2015). Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013 // *Alcohol and Alcoholism*: 1-14.
381. Khantzian E.J. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addiction // *Recent Developments in Alcoholism* – New York: Plenum – 1990 – Vol.8 – P.189-198.

382. Khantzian E.J., Wilson A. Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering // Hierarchical conceptions in psychoanalysis – Ed. A. Wilson, J.E. Gedo. – New York: Guilford Press, 1993.
383. Khemakhem R., Homri W., Karoui D., Mezghani M., Mouelhi L., Bram N., Ben I. Romdhane, Labbane R. (2016) Mutual influences between mood disorders and personality disorders. Proceedings of the 24th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 33S. S116-S348, S250.
384. Kilty K.M. Attitudes toward alcohol and alcoholism among professionals // J.Stud.Alc. – 1975 – Vol.36 – P.327-347.
385. Kraschewski F., Reese J., Anghelescu I., Winterer G., Schmidt L.G., Gallinat J., Finckh U., Rommelspacher H., Wernicke C. Association of the dopamine D2 receptor gene with alcohol dependence: haplotypes and subgroups of alcoholics as key factors for understanding receptor function // Pharmacogenet.Genomics. – 2009 – Jul. - №19 (7) – P.513-527.
386. Krol N., Morton J., De Bruyn E. Theories of conduct disorder. A causal modeling analysis // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. – 2004. – Vol. 45. - №4. – P. 727-742.
387. Krystal H. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment // Internal. J. Psychoanalytic Psychother. – 1982-1983– Vol. 9. – P. 353-388.
388. Kucharska-Mazur J., Grzywacz A., Samochowiec J., Samochowiec A., Hajduk A., Bienkowski P. Haplotype analysis at DRD2 locus in patients with panic disorder // Psychiatry Res. 2010 Aug 30; 179(1):119-20.
389. Kuehn B.M. Study suggests gene may predict success of therapies for alcohol dependence // JAMA – 2011 – Mar.9; 305(10):984-5.
390. Larsen H., van der Zwaluw C.S., Overbeek G., Granic I., Franke B., Engels R.C. A variable-number-of-tandem-repeats polymorphism in the dopamine D4 receptor gene affects social adaptation of alcohol use: investigation of a gene-environment interaction // Psychol.Sci., 2010 Aug.; 21(8):1064-8.

391. Latham R.W. Familial alcoholism: evidence from 237 alcoholics // *Br.J.Psychiatry* – 1985 – Jul - №147 – P.54-57.
392. Lawford B.R., Young R.M., Noble E.P. et al The D2 dopamine receptor A1 allele and opioid dependence: association with heroin use and response to methadone treatment // *Amer.J.Med.Genet.* – 2000 – Vol.96 - №5 – P.592-598.
393. Lenzenweger M.F. The Longitudinal Study of Personality Disorders: History, Design Considerations and Initial Findings // *J. Person. Disord.* – 2006. – Vol. 20 (6). – P. 645-670.
394. Leon D. et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study // *Lancet.* 369. – 2007. - №67: 2001-2009.
395. Liban C., Smart R. Generational and other differences between males and females in problem drinking and its treatment // *Drug.Alc.Depend.* – 1980 – Vol.5 – P.207-221.
396. Limosin F., Gorwood P., Ades J. Clinical characteristics of familial versus sporadic alcoholism in a sample of male and female patients // *Eur Psychiatry* – 2001 – Apr. № 16 (3) – P.151-156.
397. Llorca P.M., Spadone C., Sol O., Danniau A., Bougerol T. et al. Efficacy and safety of Hydroxyzine in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder; A 3-month Double- Blind study. *J. Clin Psychiatry* 2002; 63:1020-1027.
398. Lloyd E., Lederman U. Справочник по прикладной статистике // Пер. с англ. – М.: Финансы и статистика – 1989-1990. – Т. 1. – 510 с.; Т. 2. – 526 с.
399. Lobo D.S., Souza R.P., Tong R.P., Casey D.M., Hodgins D.S., Smith G.J., Williams R.J., Schopflocher D.P., Wood R.T., El-Guebaly N., Kennedy J.L. Association of functional variants in the dopamine D2-like receptors with risk for gambling behavior in healthy Caucasian subjects // *Biol.Psychol.* – 2010 Sept; 85(1): 33-37.

400. Maier W., Lichtermann D., Klinger T. et al. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community // *J. Person. Disord.* – 1992. – Vol.6. – P.187-196.
401. Merikangas K.R., Stolar M., Stevens D.E., Goulet J., Preisig M.A., Fenton B., Zhang H., O'Malley S.S., Rounsaville B.J. Familial transmission of substance use disorders // *Arch.Gen.Psychiatry* – 1998 –Nov.№55(11) – P.973-979.
402. Messas G.P., Vallada Filho H.P. The role of genetics in alcohol dependens // *Rev.Bras.Psiquiatr.* – 2004 – May -№26 – Suppl. 1 – P.54-58.
403. Mezzich A., Tarter R., Kirisci L., Clark D., Buckstein O., Martin C. Subtypes of early age onset alcoholism // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* – 1993 – Aug. - №17 (4) – P.767-770.
404. Montag C., Markett S., Basten U., Stelzel C., Fiebach C., Canli T., Reuter M. Epistasis of the DRD2/ANKK1 Taq IA and the BDNF Val66Met polymorphism impacts novelty seeking and harm avoidance // *Neu.Psy.Pharmacology*.2010 Aug.; 35(9):1860-7.
405. Morey L.C., Blashfield R.K. Empical Classifications of alcoholism. A review // *J.Stud.Alc.* – 1981 –Vol.42- №11- P.925-937.
406. Munafò M.R., Clark T.G., Moore L.R., Payne E., Walton R., Flint J. Genetic polymorphism and personality in healthy adults: a systematic review and meta-analysis // *Mol.Psychiatry* – 2003- May -№8(5)- P.471-484.
407. Munafò M.R., Johnstone E.C., Welsh K.I., Walton R.T. Association between the DRD2 gene Taq1A (C32806T) polymorphism and alcohol consumption in social drinkers // *Pharmacogenomics J.* – 2005 - №5(2)- P.96-101.
408. Munafò M.R., Matheson I.J., Flint J. Association of the DRD2 gene Taq1A polymorphism and alcoholism: a meta-analysis of case-control studies and evidence of publication bias // *Mol.Psychiatry* – 2007 – May - №12 (5) – P.454-461.

409. Munafo M.R., Yalcin B., Willis-Owen S.A., Flint J. Association of the Dopamine D4 Receptor (DRD4) Gene and Approach-Related Personality Traits: Meta-Analysis and New Data // *Biol.Psychiatry* – 2008 – Jan 15 - №63(2) – P.197-206.
410. Nace E., Davis C. Treatment outcome in substance abusing patients with personality disorders // *Am.J.of Addictions* – 1993 – Vol.24 – P.26-33.
411. Noble E.P., Syndulko K., Fitch R.J., Ritche T., Bohlman M.C., Guth P., Sheridan P.J., Montgomery A., Heinzmann C., Sparkes R.S. et al. D2 dopamine receptor Taq1A alleles in medically ill alcoholic and nonalcoholic patients // *Alcohol Alcohol.* – 1994 – Nov.№ 29 (6) – P.729-744.
412. Noble E.P., Zhang X., Ritchie T.L., Sparkes R.S. Haplotypes at the DRD2 locus and severe alcoholism // *Am.J.Med.Genet.* – 2000 – Oct.9 - № 96 (5) – P.622-631.
413. Nurnberger J.I.Jr., Wiegand R., Bucholz K., O'Connor S., Meyer E.T., Reich T., Rice J., Schuckit M., King L., Petti T., Bierut L., Hinrichs A.L., Kuperman S., Hesselbrock V., Porjesz B. A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands // *Arch.Gen.Psychiatry* – 2004 – Dec.№61 (12) – P.1246-1256.
414. Nutt D., King L.A., Saulsbury W., Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007; 369: 9566: 1047-1053. URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PI-IS0140-6736\(07\)60464-4](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PI-IS0140-6736(07)60464-4)
415. Okamoto T. Loneliness for alcoholic females // *Jap.J.Alc.Stud.* – 1988 – Vol.23 - №1 – P.18-25.
416. Olbrich R. Alcohol withdrawal states and the need for treatment // *Brit.Journ.Psychiat.* – 1979 – Vol.134. – P.466-469.

417. Ortiz J., Fitzgerald L.W., Charlton M., Lane S., Trevisan L., Guitart X., Shoemaker W., Duman R.S., Nestler E.J. Biochemical actions of chronic ethanol exposure in the mesolimbic dopamine system // *Synapse* – 1995 – Dec. №21(4) – P.289-298.
418. Parashar A., Varma A. Behavior and substance addictions: is the world ready for a new category in the DSM-V? *CNS Spectr* 2007; 12: 4: 257.
419. Pary R., Lippmann St., Tobias C.R. Depression and alcoholism: Clinical considerations in management // *South.Med.Journ* – 1988 – Vol.81, №12 – P.1529-1533.
420. Pellegrino S.M., Druse M.J. The effects of chronic ethanol consumption on the mesolimbic and nigrostriatal dopamine systems // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* – 1992 – Apr. №16 (2) – P.275-280.
421. Penick E.C., Powell B.J., Nickel E.J., Read M.R., Gabrielli W.F., Liskow B.I. Examination of Cloninger*s type I and type II alcoholism with a sample of men alcoholics in treatment // *Alcohol.Clin.Exp.Res.* - 1990 – Aug. - №14 (4) – P.623-629.
422. Pinto E., Reggers J., Gorwood P et al. The Taq1 DRD2 polymorphism in type II alcohol dependence: a marker of age at onset or of a familial disease? // *Alcohol.* - 2009 – №43 (4) – P.271-276.
423. Pohlisch K. Di pathogenetische Bedeutung der Gelegenheitsursachen fur das Delirium tremens // *Msch.Psychiat.Neurol.* – 1927 –V.63 – P.69-82.
424. Ponce G., Perez-Gonzalez R., Aragues M., Palomo T., Rodriguez-Jimenez R., Jimenez-Arriero M.F., Hoenicka J. The ANKK1 kinase gene and psychiatric disorders // *Neurotox.Res.* – 2009 –Jul. №16 (1) - P.50-59.
425. Pulevic V., Martinovich-Babic L., Pecotic J. Alkoholizami psihopatuja // *Acta Fac.Med.Flumin* – 1989 – V.14 - №3-4 – P.57-61.
426. Rado S. The psychjanalysis of pharmacothymia // *Psychoanal.Quart.* – 1993 – Vol.2 – P.1-23.

427. Read M.R., Penick E.C., Powell B.J., Nickel E.J., Bingham S.F., Campbell J. Subtyping male alcoholics by family history of alcohol abuse and co-occurring psychiatric disorder: a bi-dimensional model // *Br.J.Addict* – 1990 – Mar - №85(3) – P.367-378.
428. Reese J., Kraschewski A., Anghelescu I., Winterer G., Schmidt L.G., Gallinat J.R., Ijshendorf F., Rommelspacher H., Wernicke C. Haplotypes of dopamine and serotonin transporter genes are associated with antisocial personality disorder in alcoholics//*Psychiatr.Genet.*2010 Aug; 20(4):140-52.
429. Reich T., Cloninger C.R., Van Eerdewegh P. et al. Secual trends in the familial transmission of alcoholism // *Alcoholism: Clin.exp.Res.* – 1988 – Vol.12 – P.458-464.
430. Reich J., Jates W., Nduaquba M. Prevalence of DSM-III personality disorders in the community // *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* – 1989. – Vol. 24. – P. 91-95.
431. Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie* /пер. с нем. Т.Н. Дмитриевой/ М., 2001. – 624 с.
432. Remy M., Soukupstepan S., Tatossian A. For a new use of life event questionnaires: Study of the life events world of a population of mail and female alcoholics. Preliminary results // *Soc.Psychiatry* – 1987 – Vol.22 - №1 – P.49-57.
433. Rohsenow D. J. Does urge to drink predict relapse after treatment? D. J. Rohsenow, P. M. Monti // *Alcohol Res Health.* 1999. №23(3). P. 225-232.
434. Room R. Normative perspectives on alcohol use and problems // *J. Drug.Issues* – 1975 – Vol.5, №4 – P.358-368.
435. Ross H.E. DSM-III alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidi in Ontario // *Drug.Alcohol.Depend.* – 1995 – Vol.39 – P.111-128.
436. Samuels J., Eaton W.W., Bienvenu O.J. et al. Prevalences and correlates of personality disorders in a community sample // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 180. – P. 536-542.

437. Santos T., Conde E., Almeida Leite R., Santos V., Alcafache J. (2016) Borderline man. Proceedings of the 24th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 33S. S349-S805, S632.
438. Scorina J.K., Kovach J.A. Treatment techniques for incest-related Issues in alcoholic women // *Alcsm.Treat.Q.* – 1986 - Vol.3, №1 – P.17-30.
439. Schwab-Bakman N., Appelt H., Rist F. Sex-role indentification in women alcoholics and depressiver // *J.Stud.Alc.* – 1981 – Vol.42 – P.654-660.
440. Schuckit M., Li T.K., Cloninger C.R., Deitrich R.A. Genetics of alcoholism// *Alcohol Clin Exp Res.* – 1985 – Dec. – № 9 (6). P. 475-492.
441. Schuckit M. Diagnosis of alcoholism / M. Schuckit, M. Irwin / *Med. Clin. N. Amer.* 1988. Vol. 72. №5. P. 1133-1153.
442. Schuckit M.A, Tipp J.E, Smith T.L, Shapiro E., Hesselbrock V.M., Bucholz K.K., Reich T.,Nurnberger J.I. Jr. An evaluation of type A and B alcoholics // *Addiction.* – 1995. – Sep. – № 90 (9). – P.1189-1203.
443. Schuckit M.A., Smith T.L. Correlates of unpredicted outcomes in sons of alcoholics and controls// *J Stud Alcohol.* – 2001. – Jul.– № 62 (4). – P.477-485.
444. Schuckit M.A., Smith T.L. An evaluation of the level of response to alcohol, externalizing symptoms, and depressive symptoms as predictors of alcoholism// *J Stud Alcohol.* – 2006 – Mar. – № 67(2). – P.215-227.
445. Schuckit M., Smith T., Pierson J., Danko G., Beltran I.A. Relationships among the level of response to alcohol and the number of alcoholic relatives in predicting alcohol-related outcomes// *Alcohol Clin Exp Res.* –2006. – Aug. – № 30(8). –P.1308 -1314.
446. Schuckit MA, Smith TL. Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men. // *Drug Alcohol Depend.* 2011 Jan 1;113(1):21-8.
447. Schiffer F. Psychotherapy of nine successfully treated cocain abusers technique and dynamics // *Subst.Abuse Tretment* – 1998 – Vol.5 – P.133-137.

448. Segal B., Huba G.J., Singer J.L. Rasons for drug and alcohol use by college students – *Int.J.Addict.* – 1980 - Vol.41, №4 – P.489-498.
449. Sinunel E. Psychoanalytic treatment in a sanatorium // *Internal.J.Psychoanal.* – 1927 – Vol.10 – P.70-89.
450. Smillie L.D., Cooper A.J., Proitsi P., Powell J.F., Pickering A.D. Variation in DRD2 dopamine gene predicts Extraverted personality // *Neurosci. Lett.* 2009- Nov.6 (Epub.ahead og print)
451. Stafford R.A. Alcoholics perception of the internal-external locus of their drinking problem – *J.Stud.Alcohol* – 1980 - Vol.41, №3 – P.300-309.
452. Svrakic D.M., Draganic S., Hill K. et al. Treatment, characher. And personality disorders: etologic, diagnostic, treatment issuers // *Acta psychiatry. Scand.* – 2002. – Vol. 10. – P. 590-596.
453. Syunyakov SA, Chumakov DV, Mametova LE. New selective anxiolytic afobazole: profile and efficiency for treatment of different structures of anxiety disorders. *European Neuropsychopharmacology*, Moscow, 2005; S167.
454. Swartz M., Blazer D. et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorders in the community // *J. Person. Disord.* – 1990. – Vol.4. – P. 257-272.
455. Szekely A., Ronai. Z., Nemoda Z., Kolmann G., Gervai J., Sasvari-Szekely M. Human personality dimensions of persistence and harm avoidance associated with DRD4 and 5-HTTLPR polymorphism // *Am.J.Med.Genet.B.Neuropsychiatr Genet.* – 2004 – Apr.1 - №126 (1) – P.106-110.
456. Tadic A., Victor A., Baskaya O., von Cube R., Hoch J., Kouti I., Anicker N.J., Hoppner W., Lieb K., Dahmen N. Interaction between gene variants of the serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) and catechol O-methyltransferase (COMT) in borderline personality disorder // *Am.J.Med.Genet.B.Neuropsychiatr Genet.* – 2009 – Jun 5 - №150B (4) – P.487-495.

457. Tarler R.E. Psychological deficit in chronic alcoholics: a rewiw – Int. J. Addict – 1975 – Vol.10 - №2 – P.327-368.
458. Thomas V., Melchert T., Banken J. Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population // J. of Studies on alcohol. – 1999. – Vol. 60. – P. 271-277.
459. Torgersen S. Epidemiology // In: Texbook of Personality Disorders, 2005. – P.129-141.
460. Torgersen S., Czajkowski N., Jacobson K. et al. Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study // Psychol. Med. – 2008. – Vol. 38. – P. 1617-1625.
461. Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58 – P.590-596.
462. Turner W.M, Cutter H.S., Worobec T.G., O'Farrell T.J., Bayog R.D., Tsuang M.T. Family history models of alcoholism: age of onset, consequences and dependence // J.Stud.Alcohol. – 1993 – Mar. - №54 (2) – P.164-171.
463. Ustun T.B., Sartorius N. (Eds.) Mental illness in general health care; an international study – New York: John Wiley and Sous. 1995.
464. Vaglum S., Vaglum P. Borderline and other mental disorders in alcoholic female psychiatric patients: a case control study // Psychopathology – 1985 – Vol.18 -№1 – P.50-60.
465. Vaillant G. E. Ego mechanisms of defense and peronallty psychopathology. J. Abnormal Psychol., 1994, 103, 1, p. 44-50.
466. Vaske J., Wright J.P., Beaver K.M. A dopamine gene (DRD2) distinguishes between offenders who have and have not been violently victimized // Int.J.Offender.Ther.Comp.Criminjl. – 2011 – Apr. 55 (2):251-67.

467. Victor M., Adams R.D. The effect of alcohol on the nervous system // *Metabolic and Toxic Diseases of the Nervous System* – Baltimore, 1953 – Vol.32 – P.526-573.
468. Volicer B.J., Volicer L., D*Angelo N. Variation in length of time to development of alcoholism by family history of problem drinking // *Drug.Alcohol.Depend.* – 1983 – Aug. - №12 (1) – P.69-83.
469. Volicer L., Volicer B.J., D*Angelo N. Assessment of genetic predisposition to alcoholism in male alcoholics // *Alcohol.Alcohol.* – 1985 - №20 (1) – P.63-68.
470. Walker R.D., Howard M.O., Walker P.S., Lambert M.D., Maloy F., Suchinsky R.T. Essential and reactive alcoholism: a review // *J.Clin.Psychol.* – 1996 – Jan. - №52 (1) – P. 80-95.
471. Wanberg K., Lewis R., Foster F.M. Alcoholism and ethnicity: a comparative study of alcohol use patterns across ethnic groups – *Int. J. Addict.*, 1978 – Vol.13 -№8 – P.1245.-1262.
472. Widiger T.A., Trull T.J. The scholarly development of DSM-IV // In: *Int. review of psychiatry / Ed. J. A. Costa a Silva, C.C.Nadelson.* – 1993. – Vol. 1. – P. 59-78.
473. Wilsnack R.W., Klassen A.D., Wilsnack S.C. Retrospective analysis of lifetime changes in women drinking behavior // *Adv.Alc.and Subst.Abuse.* – 1986 – Vol.5 - №3 – P.9-28.
474. Zai C.C., Ehtesham S., Choi E., Nowrouzi B., de Luca V., Stankovich L., Davidge K., Freeman N., King N., Kennedy J.L., Beitchman J.H. Dopaminergic system genes in childhood aggression: Possible role for DRD2 // *World.J.Biol.Psychiatry.* – 2011 – Jan.19 (Epub ahead of print).
475. Zaridz D. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults // *Lancet.* 9927. - 2014. - №383: 1465-1473.
476. Zimmerman M., Cheleminski I., Young D. The Frequency of personality disorders in Psychiatric patients // *Psychiatric Clinics of North America.* – 2008. – Vol. 31 (3).

ПРИЛОЖЕНИЕ

1. Индивидуальная анамнестическая карта больного алкогольной зависимостью

Паспортные данные

1. Фамилия
2. Имя
3. Отчество
4. Семейное положение
5. Дата рождения
6. Профессия
7. История болезни №
8. Дата поступления
9. Дата выписки
10. Диагноз

Анамнестические данные

1. Наследственность: не отягощена - 0, алкоголизм (злоупотребляет отец - 1, злоупотребляет мать - 2, злоупотребляют оба родителя - 3, злоупотребляли (дедушка, бабушка) - 4, (тети, дяди) - 5, (братья, сестры) - 6, психические заболевания - 7, соматические заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические, гормональные) - 8
2. Беременность и роды: нормальные - 0, беременность патологическая - 1, роды патологические - 2, беременность и роды патологические - 3
3. Раннее развитие: нормальное, задержка физ.развития, задержка псих.развития, энурез, невротические реакции (навязчивости и фобии)
4. Воспитание: мать и отец - 0, мать - 1, отец - 2, другие - 3
5. Неправильное воспитание: не было, гиперопека, гипоопека, «кумир семьи», противоречивое, «золушка», эмоциональное отвержение, «ежовые рукавицы», безнаказанность, условия жестких взаимоотношений, условия повышенной моральной ответственности
6. Деструкция семьи (до пубертата): не было, развод, смерть матери, смерть отца, появление в семье отчима, мачехи, интернат
7. Специальность отца: неквалифицированный рабочий, квалифицированный рабочий, служащий
8. Специальность матери: неквалифицированная рабочая, квалифицированная рабочая, служащая

9. Особенности характера в допубертатном возрасте: спокойный, ласковый, возбудимый, храбрый, трусливый, веселый, меланхоличный, послушный, непослушный, плаксивый, обидчивый, ранимый, энергичный, пассивный, общительный, замкнутый, драчливый, подражал хорошему, подражал плохому, лживый, склонный к фантазированию, мнительный, тревожный, впечатлительный, подчиняемый, неподчиняемый
10. Возрастной криз: нет, протекал без резких особенностей, обострились характерологические особенности предыдущего периода, появились вновь _____ реакции негативизм, группирование, конформность, эмансипация, учиться стал хуже – лучше
11. Трудности общения со сверстниками: не было, из-за малого роста, слабой конституции, физической силы, робости, застенчивости, драчливости, обидчивости, замкнутости, несовпадения интересов, др.
12. Успеваемость: плохая, посредственная, неровная, хорошая, отличная, снизилась в лет
13. В юношеском возрасте (по выходе из пубертата): успеваемость улучшилась – ухудшилась, контакты со взрослыми улучшились – ухудшились, контакты со сверстниками улучшились – ухудшились, появилась критическая оценка поведения, планы на будущее, по характеру стал _____
-
14. Самооценка в детстве: низкая, средняя, высокая
15. Самооценка в юности: низкая, средняя, высокая
16. Самооценка в настоящее время: низкая, средняя, высокая
17. Интересы в детском возрасте: отсутствуют, неустойчивые, устойчивые
18. Интересы в юности: отсутствуют, неустойчивые, устойчивые
19. Интересы в настоящее время: отсутствуют, неустойчивые, устойчивые
18. Позиции в коллективе (семье): пассивные, активные
20. Поведение в детстве-юности: без особенностей, антиобщественные поступки, девиантное поведение, делинквентное поведение
21. Поведение в последние годы: без особенностей, антиобщественные поступки, девиантное поведение, делинквентное поведение
22. Курение: не курит, начал с лет, бросил

23. Тип преморбидных личностных особенностей: астенический, психастенический, ипохондрический, истероидный, шизоидный с чертами стеничности, шизоидный с замкнутостью (замкнутость, отгороженность, эмоциональная уплощенность, безразличие к общепринятым морально-этическим ценностям, необычность интересов, склонность к особым увлечениям, формальность в общении, неспособность к сопереживанию, порой черты сочетаются с хорошими знаниями в области науки, искусства и культуры, однако применить их на практике больные не могут, часто нуждаются в помощи) синтонный, реактивно-лабильный, эмотивно-лабильный, сенситивный, циклоидный, гипертимный, гипотимный, эмоционально-неустойчивый (круг возбудимых) – крайняя неустойчивость настроения (вне циркулярных расстройств) с импульсивностью, сопровождающейся гневом и агрессией, тоскливо-злыми состояниями, демонстративными самоповреждениями и суицидальными намерениями; эпилептоидный, конформный, с ограниченными интересами, антисоциальный, смешанный; параноидный (параноический, паранояльный) - упорство в достижении цели, прямолинейность, безапелляционность, бестактность, завышенное самомнение, подозрительность, злопамятность, склонность к искажению фактов в свою пользу, чрезмерная чувствительность к неудачам, другое _____
24. Заострение преморбидных личностных особенностей: нет, акцентуация, психопатия, невротическое развитие
25. Судимость: есть (ст...), нет, условная (ст...).
26. Возраст, в котором был осужден
27. Образование: не учился, незаконченное среднее, среднее, средне-специальное, незаконченное высшее, высшее
28. Характер и сфера деятельности: неквалифицированный рабочий, квалифицированный рабочий, служащий, торговец, общественное питание, культура, администрация, здравоохранение, промышленность, строительство, транспорт, рабочий гос. (частного) предприятия, служащий гос. (частного) предприятия, коммерция, криминогенная структура, пенсионер по возрасту, пенсионер по инвалидности, не работает (в связи с чем.....)
29. Причины изменения рода занятий: состояние здоровья, неудовл. зарплатой, неудовл. взаимоотношений с сослуживцами, неудовл. услов. труда, неудовл. зарплатой, другое _____

30. Семейное положение: холост, женат, брак первый, брак повторный, брак гражданский, разведен, вдовец
31. Возраст вступления в брак _____
32. Употребление алкоголя женой (мужем) больного: не употребляет, не злоупотребляет, злоупотребляет
33. Нарушение семейных взаимоотношений: отсутствуют, неровные, конфликтные, безразличные
34. К детям отношение: ровное, привязан, негативное, равнодушен
35. Отношение с окружающими: дружные, неровные, конфликтные, безразличные
36. Окружение: трезвое, пьют соседи, пьют родственники, пьют сослуживцы
37. Соматические заболевания – нет, есть
38. Неврологические заболевания – нет, есть
39. Отношение к соматическим и неврологическим заболеваниям – малая информированность, знание результатов исследований и анализов, знание цифр АД, озабоченность, тревога при диагностике, готовность следовать советам врача
40. Первое употребление алкоголя в - лет, доза....., вина, водки, пива, самогон, было приятно, неприятно, безразлично, возникло опьянение 1,2,3 ст., возбуждение, сонливость, эйфория, рвота
41. Место и возраст первого употребления алкоголя – в семье, в компании сверстников, старших по возрасту, в одиночку
42. Мотивы – испытать опьянение, самоутверждение, «убить время», повышение настроения, облегчение контактов, снижение напряжения, ритуальное, другое
43. Эпизодическое употребление алкоголя до _____ лет, с частотой _____ раз в _____, дозы _____ вина, водки, пива _____ в семье, в учебной, дворовой, рабочей, случайной компании, сверстников, старших по возрасту, друзей, знакомых, в одиночку
44. Начальная толерантность (в пересчете на водку, литры)
45. Возраст начала систематического употребления алкоголя с _____ лет, в дозе _____ вино, водка, пиво, коньяк, суррогаты, смешанный тип потребления, с частотой _____
46. Длительность этапа систематического потребления алкоголя (годы)
47. Толерантность на этапе систематического употребления алкоголя
48. Мотивы – подражание сверстникам, для самоутверждения, чтобы испытать новые ощущения, «убить время», испытать эйфорию, уйти от

- реальности, для повышения настроения, облегчения контактов, снятия напряжения, тревоги, после конфликтов, из-за стремления к группированию, чтобы испытать опьянение, быть деятельным, активным, ритуальное, другое
49. Начальный характер опьянения – веселый, развязный, сонливый, обидчивый, раздражительный, агрессивный, подозрительный, дурашливый, угрюмый, разговорчивый с чувством расслабления, другое
50. Вид преимущественно употребляемого алкогольного напитка – вино, водка, пиво, коньяк, суррогаты, смешанный тип потребления
51. Рвотный рефлекс – сохранен, изначально отсутствует, утрачен с ___ лет
52. Патологическое влечение к алкоголю – нет, появилось с _____ лет, возникало ситуационно, вне алкогольной ситуации с возможностью подавления, с невозможностью подавления
53. Мотивы - подражание сверстникам, для самоутверждения, чтобы испытать новые ощущения, «убить время», испытать эйфорию, уйти от реальности, для повышения настроения, облегчения контактов, снятия напряжения, усталости, тревоги, стрессов, после конфликтов, из-за стремления к группированию, чтобы испытать опьянение, быть деятельным, активным, ритуальное, «уход от проблем», «пил как все», без видимых причин из-за появления тяги к спиртному, другое
54. Возраст начала алкогольной зависимости _____ лет
55. Изменение характера пьянства с _____ лет, псевдозапойное с короткими _____ дни, длительными _____ дни, мес. запоями, периодическое с истинными _____ дн. запоями, ежедневное с _____ дозами, приурочено к выходным дням, сменной работе, другое
56. Изменение характера опьянения – нет, есть, эйфорическое, дисфорическое, дурашливое, седативное, депрессивное, с раздражительностью, с агрессией, с неправильными формами поведения, параноидное, с возбуждением, с проявлениями аутизма
57. В течение последнего года и в настоящий момент употребление алкоголя – с преобладанием однодневных эксцессов, по типу псевдозапоев, по типу постоянного пьянства на фоне высокой толерантности, по типу постоянного пьянства на фоне низкой толерантности, по типу перемежающегося пьянства, по типу истинных запоев
58. Причина обрыва запоя – отсутствие денег, плохое состояние, исчезновение влечения, конфликт в семье или на работе, другое

59. Запои за последний год – те же (____), стали короче (____), стали продолжительнее (____)
60. Толерантность в процессе запоя падает, нет
61. К концу запоя: непереносимости алкоголя нет - 0, непереносимость алкоголя - 1.
62. Алкогольные амнезии – отсутствуют, алкогольные палимпсесты, тотальная амнезия, наркотическая амнезия, всегда, часто, редко
63. Употребление алкоголя – в одиночестве, в семье, в учебной, рабочей, дворовой, случайной компании, друзей, знакомых, членов семьи
64. Ситуационный контроль – сохранен, утрачен с _____ лет
65. Похмельный синдром появился в _____ лет
66. Вид абстинентного синдрома – с вегетоастеническими расстройствами, с вегето-соматическими и неврологическими расстройствами, с психическими расстройствами, с судорожным компонентом
67. Наличие в анамнезе алкогольных психозов – нет - 0, делирий - 1 в _____ лет, повторный в _____ лет, галлюциноз - 2 в _____ лет, повторный в _____ лет
68. В состоянии СОА – тревога, апатия, тоска, дисфория, аутистические проявления, угнетенность с общим дискомфортом, желанием чтобы все оставили в покое, склонность к самообвинениям, самобичеванию, сенситивные идеи отношения, обострение ипохондрических расстройств; поиск помощи, демонстративные упреки себя за невоздержанность к спиртному; повышенная возбудимость, «нервозность», склонность к агрессии.
69. Продолжительность СОА _____ дн.
70. Длительность СОА в течение последнего года – та же, продолжительнее _____ дни, короче _____ дн.
71. Прибегал к помощи врачей в похмелье – да, нет
72. Самочувствие при воздержании после окончания СОА – обычное, с неудовлетворенностью, дискомфортом, соматическими жалобами, подавленностью, тревожностью, утомляемостью, гиперактивностью
73. Светлые промежутки – от _____ до _____, за последний год стали короче _____, продолжительнее _____
74. Ситуационный контроль – сохранен, утрачен с _____ лет,
75. Возобновление пьянства после запоя связано – с ситуацией, первичным влечением, вторичным влечением к алкоголю, изменением настроения
76. Беспричинное изменение состояния перед запоем – не бывает, раздражительность, подавленность, тревожность, астения,

- гиперактивность, неопределенный дискомфорт, неусидчивость, нарушения сна, апатия
- 77.Измененное состояние перед запоем – в течение нескольких часов, дней, недель
- 78.Первичное патологическое влечение к алкоголю в настоящем – ситуационно обусловленное патологическое влечение к алкоголю, спонтанно возникающее патологическое влечение к алкоголю с борьбой мотивов, спонтанно возникающее патологическое влечение без борьбы мотивов, неодолимое патологическое влечение к алкоголю
- 79.Психические формы выражения влечения: нет - 0, приятные воспоминания о прошлых выпивках
- 80.Формы выражения влечения: охотные разговоры о выпивках - 1, приятные фантазии на тему о выпивках - 2, алкогольные сновидения - 3, стремление к состоянию опьянения - 4, стремление к состоянию оглушения - 5, стремление к запою - 6
- 81.Соматовегетативные проявления выражения влечения: нет - 0, есть - 1
- 82.Нейровегетативные проявления выражения влечения: нет - 0, есть - 1
- 83.Условия появления влечения: нет - 0, есть - 1а - вид собутыльников, 1б - разговоры окружающих о выпивке, 1в - вид магазина, выпивающих, соответствующие сцены в кино, по ТВ, 1г - вид или запах алкоголя, 1д - ситуация выпивки (застолье)
- 84.Факторы, способствующие появлению влечения: нет - 0, 1а - усталость, 1б - напряженная ситуация, конфликт на работе, в семье, 1в - наличие денег, зарплата, 1г - изменение либидо
- 85.Факторы, тормозящие влечение к алкоголю: нет - 0, есть – 1а - насыщение пищей, 1б - отдых, 1в - интересные или необходимые занятия, 1г - удовлетворение сексуальной потребности
- 86.Частота появления влечения: раз в месяц, раз в неделю, ежедневно, несколько раз в день, постоянно
- 87.Время появления влечения: утром, днем, к концу рабочего дня, в разное время
- 88.Сила влечения: самостоятельно подавить влечение удастся – часто, изредка, никогда; подавить влечение могут внешние обстоятельства – часто, редко, нет – отсутствие денег
- 89.Чтобы реализовать влечение готов на: игнорирование просьб родных (да, нет, иногда), скандал в семье (да, нет, иногда), обман (да, нет, иногда), нарушение трудовой дисциплины (да, нет, иногда), продажу вещей (да, нет, иногда)

- 90.«Вторичное влечение»: не возникает, возникает после употребления дозы алкоголя, не вызывающей опьянения, вызывающей легкое опьянение, опьянение средней степени или тяжелое опьянение, исчезает с появлением сопорозных форм опьянения (да, нет)
- 91.«Вторичное опьянение» сопровождается поисками алкоголя, ради чего готов на: скандалы, драки, демонстративные суициды, продажу вещей
- 92.Влечение в структуре ААС: отсутствует, возникает отвращение к спиртному (да, нет, иногда), желание снять похмельные проявления (да, нет, иногда), спиртное способно снять похмельные проявления и доставить удовольствие (да, нет, иногда)
- 93.Депрессивные расстройства (в ремиссии), сочетающиеся с влечением к алкоголю: раздражительность, доходящая до резких ответов, придирок - 1, крика и грубости - 2, агрессии и порчи вещей - 3, нет - 0
тревога, имеющая вид неопределенного тягостного чувства - 1, отчетливая тревожность - 2, нет - 0
суетливость в виде: непоседливости - 1, стремление двигаться, что-либо делать - 2, нет - 0
пониженное настроение в виде: скуки - 1, неспособность радоваться, испытывать удовлетворение - 2, мрачная угрюмость, молчаливость - 3, мрачная угрюмость со злобностью - 4, идеи виновности, заниженная самооценка - 5, нет - 0
снижение работоспособности в виде: необходимости заставлять чем-либо заниматься, легкая отвлекаемость - 1, замедление темпа в работе, ошибки - 2, неспособность выполнять обычную работу - 3, нет - 0
снижение интереса к: работе - 1, чтению, просмотру ТВ - 2, близким - 3.
дискомфорт в виде: нет - 0, неопределенного неприятного чувства - 1, ухудшение физического самочувствия - 2, тягостного ощущения - 3, нет - 0
необщительность в виде: стремления меньше общаться с близкими - 1, окружающими - 2, нет - 0
уменьшение ночного сна: на 1 час - 1, на 2 часа - 2, на 3 часа и более - 3, нет - 0
- 94.До начала злоупотребления алкоголем возникали депрессивные эпизоды - нет, да (депрессии, дисфории, гипомании, биполярные колебания)
- 95.Изменение характера за годы злоупотребления алкоголем - заострение черт (акцентуации), не изменился, появились раздражительность, вспыльчивость, мнительность, подозрительность, депрессивные

- проявления, истерические проявления, слабодушие, астения, замкнутость, психоорганические проявления (снижение концентрации внимания, памяти)
96. Изменения личности: нет- 0, заострение преморбидных черт - 1, по «алкогольному типу» - 2, психопатоподобные изменения - 3, по органическому типу - 4.
97. Интересы – не изменились, отсутствовали первоначально, снижение интересов, утрата интересов, смена интересов
98. Конфликты в связи с пьянством – не было, в семье, на работе, на улице
99. Деадаптация – нет, незначительная, выраженная – семейная, трудовая, социальная
100. Снижение квалификации – нет, есть, частая смена работы
101. Прогрессиентность заболевания – мало прогрессиентное, средне прогрессиентное
102. Амбулаторное противоалкогольное лечение – нет, да с ____ лет или с ____ года, какое _____
103. Стационарное противоалкогольное лечение – первичное обращение, повторное с _____ лет, сколько раз
104. Ремиссии после лечения – не было, были сроком _____
105. Спонтанные ремиссии – не было, были продолжительностью _____
106. Продолжительность последнего периода пьянства _____ дн.
107. Суточная доза алкоголя в последнем запое _____ л
108. Обратился самостоятельно, по инициативе семьи, вышестоящего руководства.
109. Причина обращения за помощью – по примеру или совету одного из авторитетных людей, мода на трезвый образ жизни, необходимость осуществить «грандиозные» планы, осознание реальной алкогольной ситуации; появление измененных форм опьянения-амнезии, агрессия не только по отношению к родственникам, но и в отношении других лиц, в частности, партнеров по работе; угроза увольнения или претензии на работе, неприятности, связанные с пьянством (аварии.....)
110. Отношение к употреблению алкоголя – полная критика, неполная критика, не критичность

111. Длительность наблюдения в наркологических учреждениях – первичное обращение, до 3 лет, до 5 лет, до 10 лет, до 15 лет, более 15 лет
112. Частота обращений за наркологической помощью
113. Предшествующие стационарирования – не лечился, лечился 1 раз, лечился более 1 раза, всего _____ раз
114. Особенности соматического статуса
115. Особенности неврологического статуса
116. Причины боязни трезвости (полного отказа от употребления алкоголя) ранее – страх противостоять окружению, оказаться «белой вороной».....
.....

2. Список №№ историй болезней обследованных больных.

Московский НИИ психиатрии.

1996 г.: 193, 579, 696, 730, 740, 790, 795, 798, 849, 946, 985, 986, 996, 1040, 1043, 1053, 1103, 1117, 1225, 1323, 1350, 1454. **1997 г.:** 30, 60, 81, 82, 88, 97, 104, 113, 117, 120, 130, 158, 171, 172, 180, 193, 196, 206, 212, 215, 217, 221, 229, 230, 237, 239, 253, 273, 280, 295, 307, 331, 332, 335, 343, 368, 375, 384, 392, 401, 406, 416, 422, 446, 447, 472, 528, 538, 555, 558, 585, 608, 716, 741, 746, 751, 754, 755, 757, 759, 760, 763, 767, 769, 773, 776, 777, 781, 788, 794, 803, 807, 813, 820, 841, 851, 864, 867. **2006 г.:** 242, 321, 335, 442, 473, 775, 1062, 1112, 1227. **2007 г.:** 08, 61, 108, 119, 442, 487, 504, 597, 598, 644, 653, 702, 725, 770, 929, 1019, 1052, 1162, 1213, 1383, 1402, 1412, 1521, 1547. **2008 г.:** 06, 07, 13, 35, 49, 56, 59, 116, 151, 166, 172, 187, 201, 208, 235, 244, 263, 282, 370, 383, 498, 564, 586, 597, 605, 618, 621, 630, 647, 654, 670, 681, 712, 723, 725, 737, 757, 761, 768, 773, 778, 782, 821, 862, 888, 924, 928, 935, 973, 989, 998, 1031, 1039, 1119, 1127, 1141, 1151, 1157, 1160, 1194, 1249, 1273, 1294, 1314, 1332, 1338, 1339, 1420, 1459, 1498, 1502, 1514, 1518, 1577, 1614, 1630, 1665, 1735, 1762, 1793, 1802, 1814. **2009 г.:** 112, 224, 255, 265, 294, 366,

373, 401, 419, 437, 442, 457, 490, 496, 508, 511, 539, 587, 693, 694, 717, 731, 799, 807, 810, 831, 857, 909, 932, 941, 955, 1008, 1020, 1354, 1410, 1502, 1505, 1556, 1561, 1571, 1611, 1899, 1914. **2010 г.:** 69, 83, 87, 93, 119, 191, 200, 220, 250, 268, 281, 285, 329, 398, 422, 440, 475, 481, 493, 505, 519, 522, 625, 679, 750, 753, 772, 863, 976, 993, 999, 1087, 1853, 1979, 2065, 2133, 2153. **2011 г.:** 01, 30, 41, 79, 86, 105, 117, 138, 139, 179, 180, 189, 203, 204, 206, 234, 229, 239, 240, 295, 308, 312, 345, 387, 388, 438, 441, 479, 482, 551, 577, 610, 691, 734, 804, 834, 836, 876, 908, 938, 944, 963, 985, 1005, 1051, 1052, 1065, 1087, 1101, 1054, 1155, 1160, 1197, 1212, 1213, 1225, 1244, 1263, 1271, 1313, 1323, 1354, 1360, 1362, 1373, 1398, 1525, 1532, 1566, 1572, 1585, 1655, 1679, 1722, 1745, 1933, 1946, 1985, 2017, 2024, 2025, 2086, 2101, 2113, 2126, 2131, 2172, 2185, 2205, 2262, 2323, 2348, 2386, 2401, 2402, 2417, 2435, 2444, 2458, 2562, 2573. **2012 г.:** 01, 07, 227, 244, 416, 417, 597, 663, 829, 883, 1037, 1044, 1099, 1149, 1182, 1220, 1255, 1422, 1573, 1587, 1624, 1706, 1730, 1751, 1768, 1814, 2037, 2234, 2405.

Наркологический диспансер №5 г. Москвы.

2008 г.: 195, 233, 248, 265, 289, 342, 350, 361, 367, 398, 422, 469, 477, 481, 487, 493, 501, 523, 531, 564, 576, 627, 673, 694, 708, 731, 737. **2009 г.:** 23, 28, 39, 41, 54, 59, 67, 78, 80, 99, 111, 123, 135, 137, 149, 160, 186, 221, 226, 257, 267, 272, 280, 375, 396, 494, 567, 555, 561, 613, 701, 723, 765, 786, 799, 827, 854, 893. **2010 г.:** 13, 21, 39, 45, 67, 84, 91, 97, 103, 115, 121, 139, 149, 185, 191, 195, 221, 285, 297, 311, 357, 368, 379, 386, 400, 413, 416, 521, 605, 663, 708, 763, 743, 811, 842, 892.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 3.

Показатели социальной адаптации у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера в основной группе (алк. × акц.).

Образование	высшее и незаконченное высшее		средне-специальное	среднее
	59,7 % (n=185) из них 2 высших образования у 8% (n=15)		35,1 % (n=109)	5,2 % (n=16)
Социальная занятость	рабочие	служащие	на пенсии	не работают
	17,1% (n=53)	61,9% (n=192)	8,4% (n=26)	12,6% (n=39)
	83,5% (работающих) (n=259)		16,5% (не работающих) (n=51)	
Брак	в браке (n=214) 65,4% (n=140), из них		не в браке (n=96) 31,0%, из них	
	повторный	граждан.	вдовств.	в разводе
	24,8% (n=77)	20,3% (n=63)	13,5 % (n=13)	30,2 % (n=29)
Уровень адаптации	высокий	средний	низкий	дезадаптация
	38,4% (n=119)	45,5% (n=141)	11,9% (37)	4,2 % (n=13)
Число больных	100% (n=310)			

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 4.

Показатели уровня адаптации у больных с различными акцентуациями характера основной (алк. × акц.) группы больных.

Адаптация			Высокий уровень адаптации		Средний уровень адаптации		Низкий уровень адаптации		Деадаптация	
Акцентуации	абс.(n)	%	%	абс.(n)	%	абс.(n)	%	абс.(n)	%	абс.(n)
стеничные	51	16,5	56,9	29	35,3	18	7,8	4	0	0
циклоиды	38	12,3	31,6	12	52,6	20	10,5	4	5,3	2
ананкастные	36	11,6	55,6	20	33,3	12	5,6	2	5,6	2
шизоиды	33	10,6	27,3	9	48,5	16	15,2	5	9,1	3
эпилептоиды	29	9,4	65,5	19	24,2	7	10,3	3	0	0
дистимичные	28	9,0	21,4	6	67,9	19	10,7	3	0	0
ограниченные	25	8,0	12,0	3	24,0	6	28,0	7	36,0	9
сенситивные	35	11,3	11,4	4	77,1	27	11,4	4	0	0
конформные	18	5,8	22,2	4	72,2	13	5,6	1	0	0
истероиды	17	5,5	52,9	9	5,9	1	5,9	1	11,8	2

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 6.

Показатели образования и социальной адаптации у больных контрольной группы II (алк. ×РЛ).

Образование	высшее и незаконч.высшее	средне-специальное	начальное профес.	среднее (10-11 кл.)	неполное средн. (8-9 кл.)
	39,5% (n=30)	13,2% (n=10)	18,4% (n=14)	13,2% (n=10)	15,8% (n=12)
Социальная занятость	работают	не работают	на пенсии	рабочие	служащие
	57,9% (n=44)	42,1% (n=32)	0	31,6% (n=24)	68,4% (n=52)
Брак	в браке 51,3 % (n=39)		не в браке 48,7% (n=37)		
	повторный 30,8% (n=12)	на грани развода 43,6 % (n=17)	в разводе 32,9 % (n=25)	не женаты 15,8 % (n=12)	
Уровень адаптации	Высокий 19,7 % (n=15)	Средний 26,3 % (n=20)	Низкий 31,6 % (n=24)	Дезадаптация 22,4 % (n=17)	
Число больных	100% (n=76)				

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 7.

Сравнительная характеристика больных по возрастным и анамнестическим показателям.

Данные анамнеза	Основн. группа (алк. × акц.)	Контр. группа I (алк.)	р (основной группы к контрольной I)	Контр. группа II (алк. × РЛ)	р (контр. гр. II к контр. гр. I)
Возраст б-х (годы)	44,9 ± 5,8 (25-65)	46,8±6,1 (31-67)	0,813	34,4 ± 3,7 (24-45)	0,008
Длительность заболевания (годы)	17,1 ± 2,4 (4-38)	16,8±2,5 (6-39)	0,961	16,4±2,1 (5-27)	0,468
Длительность существования СОА (годы)	10,9 ± 2,7 (1-35)	11,2±2,8 (4-32)	0,984	11,5±2,9 (2-21)	0,653
Продолжитель- ность последнего запоя (дни)	6,9 ± 2,9 (2-30)	7,8±1,23 (3-28)	0,753	8,1±1,8	0,679
Доза алкоголя в п- д последнего запоя (л)	0,85 ± 0,2 (0,3-1,5)	0,83±0,2 (0,4-1,5)	0,973	0,81±0,3 (0,45-1,7)	0,924
Число б-х в группе	310	140		76	

В основной (алк. × акц.) группе больных и в контрольной I (алк.), в 3% случаев пьянство носило постоянный (ежедневный) характер. В допол. гр. (алк. × псих.) постоянный хар-р (или длительностью до 1,5 мес.) пьянство носило в 12,7% случаев.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 8.

Характеристика больных по основным возрастным и анамнестическим показателям.

Группы больных	Число больных	Возраст больных (годы)	Первое употр. алкоголя (годы)	Начало систематического употр. алкоголя (годы)	Возраст формирования СОА (годы)
Основная группа (алк. × акц.)	310	44,9±5,8 (25-65)	16,4±0,9 (14-20)	25,0±2,3 (17-35)	35,3±4,3 (20-45)
Контрольная группа I (алк.)	140	46,8±6,1 (31-67)	17,2±1,7 (15-18)	28,6±3,3 (24-31)	35,6±3,8 (32-43)
p (отношения основной группы к контр. группе I)		0,192	0,243	0,211	0,701
Контрольная группа II (алк. × РЛ)	76	34,4±3,7 (24-45)	14,4±1,2 (10-17)	19,0±1,6 (14-25)	22,9±2,4 (16-31)
p (отношения основной группы к контр. группе II)		0,00024	0,0041	0,0023	0,0033
p (отношения контр. группы I к контр. группе II)		0,0049	0,0016	0,0011	0,0031

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 10.

Акцентуации	Число больных	Возраст больных (годы)	p	Первое употр. алк. (годы)	p	Начало систем. алкогол. (годы)	p	Возраст форм. СОА (годы)	p
Стеничные	51	49,8±7,8 (38-65)	0,4453	16,9±2,5 (13-20)	0,9763	26,3±3,2 (22-38)	0,6745	38,6±4,5 (33-45)	0,3164
Циклоиды	38	44,7±4,5 (33-52)	0,6435	17,0±1,3 (14-18)	0,9885	28,1±3,8 (25-30)	0,8954	35,9±4,1 (29-40)	0,7852
Шизоиды	33	38,7±5,1 (35-50)	0,0441	17,7±1,4 (14-19)	0,2542	27,3±3,5 (22-35)	0,4371	37,3±5,6 (32-45)	0,3521
Эпилептоиды	29	50,2±5,4 (33-62)	0,4878	15,8±1,1 (14-18)	0,0976	24,4±2,1 (21-27)	0,1442	32,6±4,7 (30-39)	0,2116
Ананкасты	36	41,4±5,3 (28-54)	0,0749	16,9±0,7 (16-18)	0,1325	25,9±3,2 (21-30)	0,4535	33,3±3,2 (25-41)	0,2311
Сенситивные	21	49,7±4,6 (35-58)	0,0913	16,7±1,2 (16-17)	0,0862	24,3±2,4 (23-26)	0,1373	35,7±3,8 (33-40)	0,9823
Ограниченные	25	34,6±4,8 (19-50)	0,0002	13,8±0,8 (10-15)	0,0084	18,4±1,6 (17-22)	0,0066	22,2±2,8 (20-25)	0,0036
Конформные	18	45,7±3,9 (36-60)	0,8554	15,3±1,6 (14-16)	0,0413	22,3±1,8 (21-25)	0,0320	30,3±1,3 (27-32)	0,0345
Дистимичные	28	52,3±7,3 (39-64)	0,0645	16,7±0,4 (16-17)	0,0916	21,7±1,1 (21-24)	0,0233	34,0±3,6 (30-42)	0,0988
Истероиды	17	42,5±5,4 (31-58)	0,0968	16,0±2,1 (14-18)	0,0975	24,8±2,3 (23-26)	0,0786	33,5±3,9 (28-35)	0,0893
<i>Контроль</i>	140	46,8±6,1 (31-67)		17,2±1,7 (15-18)		28,6±3,3 (24-31)		35,6±3,8 (32-43)	

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 12.

Мотивации употребления алкоголя на различных этапах формирования алкогольной зависимости у лиц с различными акцентуациями характера (алк.×акц.) и в контрольной группе I (алк.).

Стеничные (51 чел.)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	52,9% (n=27) p(κ)=0,087	96,1% (n=49) p(κ)=0,874	98,0% (n=50) p(κ)=0,893
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	35,3% (n=18) p(κ)=0,005	37,3% (n=19) p(κ)=0,026	96,1% (n=49)** p(κ)=0,874
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам	7,8% (n=4)* p(κ)=0,462	0,0	0,0
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	3,9% (n=2) p(κ)=0,039	92,2% (n=47)** p(κ)=0,862	41,2 (2 n=1) p(κ)=0,046
5.Устранение тревоги, напряжения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	11,8% (n=6) p(κ)=0,006	92,2% (n=47)*** p(κ)=0,825
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	84,3% (n=43) p(κ)=0,027	88,2% (n=45) p(κ)=0,793
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	0,0 p(κ)=0,021	74,5% (n=38)*** p(κ)=0,762
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	0,0	9,8% (n=5)* p(κ)=0,004
Сенситивные (35 чел.)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1. Ритуальный характер	94,3% (n=33) p(κ)=0,783	42,9% (n=15)* p(κ)=0,013	20,0% (n=7) p(κ)=0,002
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	42,9% (n=15) p(κ)=0,032	74,3% (n=26) p(κ)=0,784	82,9% (n=29) p(κ)=0,748
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам	48,6% (n=17)*** p(κ)=0,002	0,0	0,0
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	31,4% (n=11) p(κ)=0,036	91,4% (n=32)* p(κ)=0,848	37,1% (n=13) p(κ)=0,049

5.Устранение тревоги, напряжения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	31,4% (n=11) p(κ)=0,000	97,1% (n=34) p(κ)=0,047	91,4% (n=32) p(κ)=0,857
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	48,6% (n=17) p(κ)=0,899	85,7% (n=30) p(κ)=0,748
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	0,0 p(κ)=0,021	60,0% (n=21)*** p(κ)=0,694
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	0,0	54,3% (n=19)*** p(κ)=0,931
Ограниченные (25 чел.)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	12,0% (n=3) p(κ)=0,003	100,0% (n=25)	96,0% (n=24) p(κ)=0,931
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	20,0% (n=5) p(κ)=0,024	84,0% (n=21) p(κ)=0,924	88,0% (n=22) p(κ)=0,893
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам	32,0% (n=8) p(κ)=0,008	0,0	0,0
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	28,0% (n=7) p(κ)=0,042	84,0% (n=21)* p(κ)=0,874	48,0% (n=12) p(κ)=0,061
5.Устранение тревоги, напряжения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	28,0% (n=7) p(κ)=0,742	68,0% (n=17)** p(κ)=0,372
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	60,0% (n=15) p(κ)=0,758	68,0% (n=17) p(κ)=0,828
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	12,0% (n=3) p(κ)=0,673	76,0% (n=19)*** p(κ)=0,837
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	52,0% (n=13) p(κ)=0,000	84,0% (n=21) p(κ)=0,327
Циклоиды (38 чел.)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	86,8% (n=33) p(κ)=0,895	65,8% (n=25) p(κ)=0,178	71,1% (n=27) p(κ)=0,462
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	13,2% (n=5) p(κ)=0,045	97,4% (n=37) p(κ)=0,893	94,7% (n=36) p(κ)=0,925
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам	13,2% (n=5) p(κ)=0,023	31,6% (n=12)** p(κ)=0,000	7,9% (n=3) p(κ)=0,007
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	0,0 p(κ)=0,004	76,3% (n=39)** p(κ)=0,368	13,2% (n=5) p(κ)=0,001
5.Устранение тревоги, напря-			

жения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	100% (n=38) p(κ)=0,048	92,1% (n=35) p(κ)=0,893
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	81,6% (n=31) p(κ)=0,049	73,7% (n=28) p(κ)=0,952
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	92,1% (n=35) p(κ)=0,003	81,6% (n=31) p(κ)=0,931
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	71,1% (n=27) p(κ)=0,000	76,3% (n=29) p(κ)=0,756
Шизоиды (33)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	51,5% (n=17) p(κ)=0,052	27,3% (n=9)** p(κ)=0,014	9,1% (n=3) p(κ)=0,001
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	27,3% (n=9) p(κ)=0,017	93,9% (n=31) p(κ)=0,895	100% (n=33)
3.С целью самоутверждения, <i>подражания сверстникам</i>	0,0 p(κ)=0,041	90,9% (n=30)** p(κ)=0,000	0,0
4. <i>Облегчение контактов</i> , стремление к группированию	21,2% (n=7) p(κ)=0,073	100% (n=33)	100% (n=33) p(κ)=0,886
5.Устранение тревоги, <i>напряжения</i> , усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	21,7% (n=7) p(κ)=0,013	100% (n=33) p(κ)=0,047	100% (n=33)
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	81,8% (n=27) p(κ)=0,045	90,9% (n=30) p(κ)=0,753
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	0,0	100% (n=33) *** p(κ)=0,828
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	45,5% (n=15) p(κ)=0,000	45,5% (n=15) p(κ)=0,811
Ананкастные (36)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	100% (n=36) p(κ)=0,924	41,7% (n=15) p(κ)=0,037	91,7% (n=33) * p(κ)=0,883
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	63,9% (n=23) p(κ)=0,002	88,9% (n=32) p(κ)=0,921	100% (n=36)
3.С целью самоутверждения, <i>подражания сверстникам (пил как все)</i>	25,0% (n=9)** p(κ)=0,003	0,0	8,3% (n=3) p(κ)=0,017
4. <i>Облегчение контактов</i> , стремление к группированию	0,0 p(κ)=0,001	11,1% (n=4) p(κ)=0,001	41,7% (n=15) ** p(κ)=0,698
5.Устранение <i>тревоги</i> , <i>напря-</i>			

жения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	86,1% (n=31) p(κ)=0,284	100% (n=36)
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	44,5% (n=16) * p(κ)=0,903	77,8% (n=28) p(κ)=0,917
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	13,9% (n=5) p(κ)=0,363	97,2% (n=33) p(κ)=0,798
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	27,8% (n=10) p(κ)=0,000	47,2% (n=17) p(κ)=0,856
Эпилептоиды (29)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	72,4% (n=21) p(κ)=0,794	100% (n=29)**	31,0% (n=9) p(κ)=0,004
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	24,1% (n=7) p(κ)=0,003	93,1% (n=27) p(κ)=0,894	100% (n=29)
3.С целью самоутверждения, подражания окружающим	31,0% (n=9) p(κ)=0,002	51,7% (n=15)** p(κ)=0,000	17,2% (n=5) p(κ)=0,001
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	17,2% (n=5) p(κ)=0,683	75,9% (n=22)** p(κ)=0,375	27,6% (n=8) p(κ)=0,024
5.Устранение тревоги, напряжения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	72,4% (n=21) p(κ)=0,382	82,8% (n=24) p(κ)=0,886
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	27,6% (n=8) p(κ)=0,821	89,7% (n=26)*** p(κ)=0,842
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	10,3% (n=3) p(κ)=0,993	93,1% (n=27)*** p(κ)=0,901
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	6,9% (n=2) p(κ)=0,000	65,5% (n=19)*** p(κ)=0,899
Конформные (18)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	16,7% (n=3) p(κ)=0,015	100% (n=18)	77,8% (n=14) p(κ)=0,374
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	27,8% (n=5) p(κ)=0,024	77,8% (n=14) p(κ)=0,895	94,4% (n=17) p(κ)=0,925
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам («пил как все»)	33,3% (n=6) p(κ)=0,005	55,6% (n=10) p(κ)=0,000	88,9% (n=16) p(κ)=0,000
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	83,3% (n=15) p(κ)=0,006	83,3% (n=15) p(κ)=0,794	88,9% (n=16) p(κ)=0,893
5.Устранение тревоги, напря-			

жениа, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	100% (n=18) p(κ)=0,043	94,4% (n=17) p(κ)=0,861
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	50,0% (n=9) p(κ)=0,798	66,7% (n=12) p(κ)=0,858
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	50,0% (n=9) p(κ)=0,017	55,6% (n=10) p(κ)=0,354
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	66,7% (n=12) p(κ)=0,000	50,0% (n=9) p(κ)=0,911
Истероидные (17)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	76,5% (n=13) p(κ)=0,758	88,2% (n=15)** p(κ)=0,794	29,4% (n=5) p(κ)=0,006
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	23,5% (n=4) p(κ)=0,034	76,5% (n=13) p(κ)=0,875	47,1% (n=8) p(κ)=0,043
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам	29,4% (n=5) p(κ)=0,014	82,4% (n=14) p(κ)=0,000	52,9% (n=9) p(κ)=0,000
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	35,3% (n=6) p(κ)=0,041	82,4% (14)*** p(κ)=0,796	17,6% (n=3) p(κ)=0,016
5.Устранение тревоги, напряжения, чувства обиды, стремление «расслабиться»	0,0	35,3% (n=6) p(κ)=0,698	94,1% (n=16) p(κ)=0,911
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	29,4% (n=5) p(κ)=0,000	52,9% (n=9) p(κ)=0,874	100% (n=17) p(κ)=0,486
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	0,0	82,4% (n=14) p(κ)=0,943
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	0,0	70,6% (n=12) p(κ)=0,847
Дистимичные (28)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	85,7% (n=24) p(κ)=0,862	85,7% (n=24) p(κ)=0,862	85,7% (n=24) p(κ)=0,862
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	25,0% (n=7) p(κ)=0,015	100% (n=28) p(κ)=0,483	100% (n=28)
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам («пил как все»)	0,0 p(κ)=0,032	25,0% (n=7) p(κ)=0,000	17,9% (n=5) p(κ)=0,002
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	7,1% (n=2) p(κ)=0,057	53,6% (n=15)** p(κ)=0,045	10,7% (n=3) p(κ)=0,004
5.Устранение тревоги, напряжения, усталости, робости,	0,0	46,4% (n=13)	100% (n=28)**

стеснительности, стремление «расслабиться»		p(κ)=0,764	
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	42,9% (n=12)	92,9% (n=26)** p(κ)=0,348
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	17,9% (n=5) p(κ)=0,643	75,0% (n=21)** p(κ)=0,746
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	0,0	10,7% (n=3) * p(κ)=0,003
Контрольная группа I (50)			
Мотивации потребления спиртного	Первое употребление алкоголя	Систематическое употребление алкоголя	Алкогольная зависимость средней (второй) стадии
1.Ритуальный характер	96,0% (n=48)	100% (n=50)	100% (n=50)
2.Испытать опьянение, эйфорию, повысить настроение, «с исследовательской целью»	6,0% (n=3)	88,0% (n=44)	100% (n=50)
3.С целью самоутверждения, подражания сверстникам	4,0% (n=2)	0,0	0,0
4.Облегчение контактов, стремление к группированию	14% (7)	100% (n=50)	84,0% (n=42)
5.Устранение тревоги, напряжения, усталости, робости, стеснительности, стремление «расслабиться»	0,0	54,0% (n=27)	100% (n=50)
6.Состояние после стрессов, конфликтов, «для разрядки»	0,0	42% (n=21)	76% (n=38)
7.Без видимых причин, из-за появления тяги к спиртному	0,0	10% (n=5)	82% (n=41)
8.«Уход от реальности и проблем», с целью «убить время»	0,0	0,0	58% (n=29)

Примечание: достоверные различия между показателями внутри групп –

* - $p \leq 0,05$

** - $p \leq 0,01$

*** - $p \leq 0,001$

$p(\kappa)$ - достоверность различий по сравнению с контрольной группой

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 13.

Особенности опьянения во II (средней) стадии алкоголизма у представителей различных групп.

Группы сравнения	Есть признак (кол-во чел.)	Нет признака (кол-во чел.)	χ^2	p	Кол-во общее
Эйфория опьянения					
Контроль I	47	3	1,69	0,194	50
Стеничные	44	7			51
Контроль I	47	3	1,97	0,161	50
Ограниченные	21	4			25
Контроль I	47	3	7,08	0,008	50
Циклоиды	28	10			38
Контроль	47	3	3,05	0,081	50
Шизоиды	27	6			33
Контроль I	47	3	24,3	0,000	50
Эпилептоиды	13	16			29
Контроль I	47	3	2,74	0,098	50
Дистимичные	23	5			28
Контроль I	47	3	48,66	0,000	50
Сенситивные	7	28			35
Контроль I	47	3	3,68	0,055	50
Ананкастные	29	7			36
Контроль I	47	3	6,61	0,010	50
Истероиды	12	5			17
Контроль I	47	3	28,33	0,000	50
Конформные	6	12			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Дисфория опьянения (общая)					
Контроль I	24	26	0,01	0,918	50
Стеничные	25	26			51
Контроль I	24	26	13,79	0,000	
Ограниченные	23	2			25
Контроль I	24	26	2,00	0,157	
Циклоиды	24	14			38
Контроль I	24	26	0,34	0,559	50
Шизоиды	18	15			33
Контроль I	24	26	4,46	0,035	50
Эпилептоиды	21	8			29
Контроль I	24	26	8,74	0,003	50
Дистимичные	23	5			28
Контроль I	24	26	2,58	0,076	
Сенситивные	6	29			35
Контроль I	24	26	17,86	0,000	
Ананкастные	33	3			36

Контроль I	24	26	0,24	0,626	
Истероиды	7	10			17
Контроль I	24	26	0,91	0,340	
Конформные	11	7			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Дисфория опьянения (с раздражительностью)					
Контроль I	22	28	0,01	0,930	50
Стеничные	22	29			51
Контроль I	22	28	13,31	0,000	50
Ограниченные	21	4			25
Контроль I	22	28	0,10	0,753	50
Циклоиды	18	20			38
Контроль I	22	28	0,02	0,887	50
Шизоиды	14	19			33
Контроль I	22	28	1,57	0,210	50
Эпилептоиды	17	12			29
Контроль I	22	28	2,77	0,096	50
Дистимичные	7	21			28
Контроль I	22	28	8,39	0,004	50
Сенситивные	5	30			35
Контроль I	22	28	20,63	0,000	50
Ананкастные	33	3			36
Контроль I	22	28	0,04	0,839	50
Истероиды	7	10			17
Контроль I	22	28	1,55	0,213	50
Конформные	11	7			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Дисфория опьянения (с агрессией)					
Контроль I	9	41	0,83	0,362	50
Стеничные	13	38			51
Контроль I	9	41	9,29	0,002	50
Ограниченные	13	12			25
Контроль I	9	41	0,38	0,539	50
Циклоиды	5	33			38
Контроль I	9	41	9,78	0,003	50
Шизоиды	16	17			33
Контроль I	9	41	13,72	0,000	50
Эпилептоиды	17	12			29
Контроль I	9	41	0,00	0,987	50
Дистимичные	5	23			28
Контроль I	9	41	2,76	0,097	50
Сенситивные	2	33			35
Контроль I	9	41	4,66	0,031	50
Ананкастные	14	22			36
Контроль I	9	41	1,0	0,317	50

Истероиды	5	12			17
Контроль I	9	41	4,94	0,026	50
Конформные	8	10			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Седативное опьянение					
Контроль I	26	24	1,66	0,197	50
Стеничные	20	31			51
Контроль I	26	24	5,51	0,019	50
Ограниченные	20	5			25
Контроль I	26	24	0,30	0,582	50
Циклоиды	22	16			38
Контроль I	26	24	2,57	0,109	50
Шизоиды	23	10			33
Контроль I	26	24	0,75	0,385	50
Эпилептоиды	18	11			29
Контроль I	26	24	11,02	0,001	50
Дистимичные	25	3			28
Контроль I	26	24	0,04	0,835	50
Сенситивные	19	16			35
Контроль I	26	24	0,34	0,561	50
Ананкастные	21	15			36
Контроль I	26	24	1,79	0,182	50
Истероиды	12	5			17
Контроль I	47	3	1,15	0,283	50
Конформные	12	6			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Дурашливое опьянение					
Контроль I	27	23	5,29	0,022	50
Стеничные	16	35			51
Контроль I	27	23	0,67	0,414	50
Ограниченные	11	14			25
Контроль I	27	23	1,83	0,177	50
Циклоиды	15	23			38
Контроль I	27	23	4,02	0,045	50
Шизоиды	25	8			33
Контроль I	27	23	6,68	0,010	50
Эпилептоиды	7	22			29
Контроль I	27	23	23,12	0,000	50
Дистимичные	0	28			28
Контроль I	27	23	11,78	0,001	50
Сенситивные	6	29			35
Контроль I	27	23	0,38	0,535	50
Ананкастные	17	19			36
Контроль I	27	23	1,78	0,183	50
Истероиды	6	11			17

Контроль I	27	23	2,26	0,133	50
Конформные	6	12			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Депрессивное опьянения					
Контроль I	1	49	1,03	0,310	50
Стеничные	0	51			51
Контроль I	1	49	16,67	0,000	50
ограниченные	9	16			25
Контроль I	1	49	11,67	0,001	50
Циклоиды	10	28			38
Контроль I	1	49	10,17	0,001	50
Шизоиды	8	25			33
Контроль I	1	49	11,90	0,001	50
Эпилептоиды	8	21			29
Контроль I	1	49	8,29	0,004	50
Дистимичные	6	22			28
Контроль I	1	49	0,83	0,361	50
Сенситивные	2	33			35
Контроль I	1	49	0,79	0,375	50
Ананкастные	2	34			36
Контроль I	1	49	0,66	0,417	50
Истероиды	1	16			17
Контроль I	1	49	7,95	0,005	50
Конформные	4	14			18
Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Депрессивное опьянение с отгороженностью (замкнутостью)					
Контроль I	1	49	1,03	0,310	50
Стеничные	0	51			51
Контроль I	1	49	7,34	0,007	50
Ограниченные	5	20			25
Контроль I	1	49	2,93	0,087	50
Циклоиды	4	34			38
Контроль I	1	49	17,77	0,000	50
Шизоиды	12	21			33
Контроль I	1	49	11,90	0,001	50
Эпилептоиды	8	21			29
Контроль	1	49	12,42	0,000	50
Дистимичные	8	20			28
Контроль I	1	49	4,74	0,030	50
Сенситивные	5	30			35
Контроль I	1	49	0,73	0,393	50
Ананкастные	0	36			36
Контроль I	1	49	0,35	0,557	50
Истероиды	0	17			17
Контроль I	1	49	5,14	0,023	50
Конформные	3	15			18

Группы сравнения	Есть признак	Нет признака	χ	p	Кол-во общее
Депрессивное опьянение с обидчивостью (подозрительностью)					
Контроль I	4	46	0,18	0,675	50
Стеничные	3	48			51
Контроль I	4	46	2,27	0,132	50
Ограниченные	5	20			25
Контроль I	4	46	0,00	0,986	50
Циклоиды	3	35			38
Контроль I	4	46	7,05	0,008	50
Шизоиды	10	23			33
Контроль I	4	46	3,99	0,046	50
Эпилептоиды	7	22			29
Контроль I	4	46	0,16	0,687	50
Дистимичные	3	25			28
Контроль I	4	46	0,86	0,354	50
Сенситивные	5	30			35
Контроль I	4	46	0,19	0,661	50
Ананкастные	2	34			36
Контроль I	4	46	16,38	0,000	50
Истероиды	9	8			17
Контроль I	4	46	0,12	0,733	50
Конформные	1	17			18

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 15.

Средние показатели шкал SCL-90-R у больных алкогольной зависимостью с различными характерологическими акцентуациями на этапе рецидива и в состоянии трезвости в сравнении со здоровыми испытуемыми.

Шкалы	SOM	OC	INT	DEP	ANX
<i>Контроль</i>	0,42±0,18	0,37±0,15	0,47±0,26	0,39±0,27	0,31±0,25
Стеничные					
	0,18±0,15	0,48±0,09	0,11±0,03	0,23±0,13	0,54±0,21
<i>Рецидив</i>	0,19±0,13	0,41±0,12	0,1±0,02	0,21±0,11	0,16±0,05
<i>Трезвость</i>	0,94836	0,97875	0,99877	0,74832	0,00137
p					
Сенситивные					
	0,28±0,11	0,52±0,08	1,99±0,19	0,46±0,12	0,83±0,13
<i>Рецидив</i>	0,21±0,09	0,44±0,07	1,07±0,16	0,08±0,02	0,12±0,08
<i>Трезвость</i>	0,67351	0,11704	0,03274	0,00163	0,00146
p					
Шизоиды					
	0,37±0,18	0,83±0,19	1,14±0,21	1,28±0,26	0,79±0,15
<i>Рецидив</i>	0,28±0,15	0,13±0,08	0,33±0,15	0,08±0,02	0,38±0,13
<i>Трезвость</i>	0,23641	0,00089	0,00096	0,000752	0,01312
p					
Циклоиды					
	0,28±0,18	0,39±0,18	0,32±0,11	0,41±0,19	0,39±0,14
<i>Рецидив</i>	0,18±0,11	0,12±0,1	0,12±0,07	0,1±0,09	0,13±0,05
<i>Трезвость</i>	0,06554	0,00023	0,000333	0,000169	0,00255
p					
Эпилептоиды					
	0,18±0,09	1,07±0,18	1,21±0,35	0,87±0,14	1,28±0,34
<i>Рецидив</i>	0,27±0,16	0,34±0,02	0,19±0,07	0,18±0,06	0,33±0,21
<i>Трезвость</i>	0,07427	0,000036	0,0000214	0,000121	0,000023
p					

Примитивные	0,25±0,17	0,25±0,06	0,24±0,07	0,23±0,18	0,7±0,25
<i>Рецидив</i>	0,25±0,19	0,11±0,04	0,22±0,09	0,3±0,19	0,2±0,09
<i>Трезвость</i>	0,97843	0,000021	0,35417	0,47622	0,00132
р					
Ананкастные	0,31±0,15	0,43±0,26	0,67±0,10	0,12±0,1	0,65±0,19
<i>Рецидив</i>	0,28±0,19	0,51±0,24	1,1±0,12	0,41±0,22	0,25±0,17
<i>Трезвость</i>	0,43844	0,24651	0,03522	0,000354	0,00423
р					
Конформные	0,17±0,1	0,31±0,1	0,27±0,18	0,36±0,24	0,17±0,02
<i>Рецидив</i>	0,25±0,14	0,2±0,12	0,29±0,15	0,28±0,19	0,19±0,08
<i>Трезвость</i>	0,14753	0,07935	0,75304	0,13133	0,63924
р					
Дистимичные	0,67±0,21	1,2±0,13	0,99±0,09	1,08±0,11	0,75±0,05
<i>Рецидив</i>	0,5±0,16	0,5±0,08	0,33±0,17	0,46±0,19	0,34±0,03
<i>Трезвость</i>	0,46242	0,00038	0,00013	0,00072	0,001437
р					
Истероидные	0,18±0,11	0,83±0,17	0,44±0,18	1,28±0,11	0,97±0,02
<i>Рецидив</i>	0,25±0,14	0,32±0,1	0,33±0,16	0,62±0,17	0,5±0,1
<i>Трезвость</i>	0,42641	0,000361	0,26385	0,01115	0,014851
р					
<i>Контроль</i>	0,42±0,18	0,37±0,15	0,47±0,26	0,39±0,27	0,31±0,25

Шкалы	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
Контроль	0,42±0,18	0,37±0,15	0,47±0,26	0,39±0,27	0,31±0,25
Стеничные	0,85±0,02	0,19±0,08	0	0	0,21±0,11
<i>Рецидив</i>	0,25±0,15	0,17±0,07	0	0	0,16±0,08
<i>Трезвость</i>	0,00046	0,75283	0	0	0,47465
р					
Сенситивн					

ые	0,35±0,18	0,19±0,18	0,83±0,23	0,24±0,17	0,37±0,02
	0,33±0,15	0,13±0,12	0,5±0,18	0,31±0,19	0,24±0,03
<i>Рецидив</i>	0,66451	0,46932	0,65942	0,82312	0,23157
<i>Трезвость</i>					
р					
Шизоиды	0,33±0,17	0,5±0,21	0,43±0,12	0,2±0,19	0,72±0,28
<i>Рецидив</i>	0,22±0,16	0,29±0,13	0,39±0,25	0,1±0,08	0,27±0,15
<i>Трезвость</i>	0,35442	0,27593	0,36148	0,69452	0,03231
р					
Циклоиды	0,36±0,11	0,15±0,12	0,25±0,03	0,24±0,03	0,37±0,24
<i>Рецидив</i>	0,09±0,07	0,12±0,09	0,17±0,06	0,19±0,07	0,19±0,12
<i>Трезвость</i>	0,00124	0,84632	0,53621	0,67437	0,32741
р					
Эпилептоиды	1,5±0,23	0,17±0,07	0,77±0,11	0,4±0,06	0,29±0,13
<i>Рецидив</i>	0,5±0,15	0,18±0,12	0,33±0,17	0,11±0,004	0,32±0,18
<i>Трезвость</i>	0,00243	0,87462	0,00345	0,000361	0,26527
р					
Примитивные	0,47±0,16	0,34±0,13	0,33±0,21	0	0,33±0,24
<i>Рецидив</i>	0,15±0,08	0,17±0,03	0,5±0,17	0	0,17±0,1
<i>Трезвость</i>	0,00112	0,02471	0,56324	0	0,25643
р					
Ананкастные	0,23±0,12	0,11±0,05	0,38±0,1	0,18±0,03	0,31±0,12
<i>Рецидив</i>	0,33±0,14	0,19±0,1	0,32±0,11	0,23±0,06	0,45±0,15
<i>Трезвость</i>	0,34286	0,78469	0,86392	0,64759	0,37388
р					
Конформные	0,33±0,16	0,13±0,04	0,33±0,14	0	0,27±0,12
<i>Рецидив</i>	0,2±0,15	0,12±0,09	0,19±0,1	0	0,31±0,16
	0,65425	0,95364	0,56322	0	0,43721

<i>Трезвость</i> р					
<i>Дистимичные</i>	0,33±0,07	0,22±0,03	0,67±0,04	0,36±0,08	0,98±0,23
<i>Рецидив</i>	0,16±0,05	0,20±0,07	0,5±0,02	0,1±0,03	0,54±0,12
<i>Трезвость</i> р	0,43672	0,94375	0,76847	0,00036	0,03946
<i>Истероиды</i>	1,19±0,12	0,29±0,1	0,15±0,04	0,4±0,13	0,69±0,22
<i>Рецидив</i>	0,6±0,1	0,29±0,12	0,17±0,08	0,5±0,08	0,41±0,18
<i>Трезвость</i> р	0,00135	0,97535	0,89596	0,73581	0,043522

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 16.

Средние показатели шкал SCL-90-R у больных алкогольной зависимостью с различными акцентуациями в период СОА и в состоянии трезвости по сравнению с нормативными данными (контроль) (по данным Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., 2003).

Шкалы	SOM	OC	INT	DEP	ANX
<i>Контроль</i>	0,42±0,18	0,37±0,15	0,47±0,26	0,39±0,27	0,31±0,25

Стеничные	1,0±0,21	0,9±0,12	0,33±0,17	0,69±0,12	0,9±0,38
СОА	0,19±0,13	0,4±0,12	0	0,21±0,11	0
Трезвость р	0,00015	0,00034	0,00001	0,00011	0,000037
Сенситивные	0,8±0,19	0,61±0,12	1,38±0,18	0,85±0,34	0,9±0,25
СОА	0,21±0,09	0,49±0,07	1,27±0,19	0,08±0,02	0,1±0,08
Трезвость р	0,000483	0,53175	0,26422	0,00076	0,00025
Шизоидные	0,35±0,19	1,1±0,1	0,99±0,18*	1,08±0,41	0,5±0,11
СОА	0,28±0,15	0,1±0,08	0,33±0,15	0,09±0,02	0,38±0,13
Трезвость р	0,64724	0,00041	0,00047	0,000292	0,76394
Циклоидные	0,67±0,22	0,9±0,17	0,56±0,21	1,08±0,35	1,3±0,25
СОА	0,18±0,11	0,12±0,1	0,12±0,07	0,1±0,09	0,13±0,05
Трезвость р	0,00002	0,00004	0,00008	0,00001	0,00003
Эпилептоиды	0,69±0,18	0,5±0,19	0,22±0,11	0,38±0,2	0,6±0,12
СОА	0,27±0,16	0,3±0,02	0,19±0,07	0,17±0,06	0,3±0,26
Трезвость р	0,00003	0,24732	0,27483	0,03272	0,02154
Ограниченные	0,9±0,12	0,4±0,22	0,44±0,05	0,46±0,16	1,0±0,12
СОА	0,25±0,19	0	0,22±0,09	0,3±0,19	0,2±0,09
Трезвость р	0,00002	0,00000	0,00316	0,23634	0,000063
Ананкастные	0,92±0,23	0,8±0,17	1,69±0,21	1,09±0,19	2,1±0,48

СОА Трезвость р	0,28±0,17 0,00004	0,5±0,24 0,15724	0,84±0,12 0,00351	0,41±0,22 0,00136	0,25±0,17 0,000002
Конформн ые СОА Трезвость р	0,88±0,15 0,25±0,14 0,00043	0,3±0,07 0,2±0,12 0,73521	0,75±0,13 0,29±0,15 0,00054	1,1±0,23 0,28±0,19 0,00003	1,33±0,16 0,19±0,08 0,00002
Дистимичн ые СОА Трезвость р	1,5±0,11 0,5±0,19 0,000358	1,9±0,24 0,5±0,08 0,000021	1,22±0,23** 0,33±0,17 0,000064	1,92±0,17 0,46±0,59 0,000053	1,6±0,15 0,34±0,03 0,000039
Истероидн ые СОА Трезвость р	0,58±0,16 0,25±0,14 0,03271	0,5±0,19 0,3±0,1 0,65382	0,22±0,11 0,33±0,16 0,73558	1,28±0,13* 0,62±0,17 0,02463	1,3±0,12 0,5±0,1 0,00246

Шкалы	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
<i>Контроль</i>	0,42±0,18	0,37±0,15	0,47±0,26	0,39±0,27	0,31±0,25
Стеничные СОА Трезвость р	0,33±0,19 0,25±0,15 0,74683	1,29±0,16 0,17±0,07 0,000024	0,17±0,08 0 0,00000	0,1±0,06 0,07±0,09 0,09535	0,66±0,28 0,16±0,08 0,000211
Сенситивн ые СОА Трезвость р	0,27±0,11 0,33±0,15 0,23533	0,57±0,21 0,13±0,12 0,00026	0,33±0,24 0,5±0,18 0,43565	0,4±0,05 0,3±0,19 0,76848	0,64±0,12 0,24±0,18 0,000412

Шизоидны е	0,25±0,19 0,22±0,16 0,89864	0,71±0,25 0,29±0,13 0,001347	0,97±0,21 0,39±0,25 0,048525	0,45±0,1 0,1±0,08 0,000032	0,74±0,17 0,27±0,15 0,000526
Циклоидн ые	0,5±0,1 0,09±0,07	0,28±0,1 0,15±0,09	0,33±0,17 0	0,3±0,1 0	0,79±0,22 0,19±0,12
СОА Трезвость р	0,0000	0,64576	0,00000	0,00000	0,000023
Эпилептои ды	0,93±0,12 0,5±0,15	0,2±0,16 0,18±0,12	0,5±0,09 0,33±0,17	0 0	0,59±0,21 0,32±0,18
СОА Трезвость р	0,03445	0,79768	0,48541	0	0,67352
Ограничен ые	0,67±0,21** 0,15±0,08	0,29±0,08 0,11±0,03	0,28±0,2 0,5±0,17	0,2±0,08 0	0,48±0,18 0,17±0,9
СОА Трезвость р	0,00003	0,000762	0,45834	0,00000	0,01853
Ананкастн ые	0,17±0,09 0,33±0,12	0,53±0,17 0,15±0,06	0,41±0,1 0,18±0,09	0,5±0,14 0,20±0,06	1,10±0,24* 0,45±0,19
СОА Трезвость р	0,13753	0,00043	0,00241	0,000451	0,000522
Конформн ые	0,3±0,13 0,2±0,15	0,8±0,1 0,12±0,09	0,13±0,1 0,19±0,1	1,29±0,26 0	0,67±0,12 0,31±0,16
СОА Трезвость р	0,89963	0,00002	0,99894	0,000004	0,00124
Дистимичн ые	1,5±0,29	0,29±0,12	0,8±0,06	0,8±0,15	1,41±0,31

СОА Трезвость р	0,16±0,05 0,00008	0,20±0,07 0,94622	0,5±0,02 0,78431	0,1±0,03 0,00003	0,54±0,21 0,00025
Истероидн ые СОА Трезвость р	0,39±0,18 0,6±0,1 0,14845	1,24±0,13 0,29±0,12 0,00026	0,21±0,14 0,17±0,08 0,74296	0,6±0,04 0,5±0,08 0,96215	0,92±0,11 0,41±0,19 0,04112

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 17.

Результаты сравнения переменных между двумя группами больных с различными акцентуациями характера с короткими и длинными ремиссиями.

Переменные		Ремиссии		Всего	χ^2	Ф	р
		Короткие (n)	Длинные (n)				
Личностные изменения	Нет	9	143	152	92,72**	-	<0,0001
	Есть	42	20	62			
	Всего	51	163	n=214			
ПВА на фоне усталости	Нет	15	97	112	14,11**	-	<0,0001
	Есть	36	66	102			
	Всего	51	163	214			
Постоянное ПВА	Нет	35	157	192	32,30**	-	<0,0001
	Есть	16	6	22			
	Всего	51	163	214			
Насыщение пищей	Нет	30	11	41	68,01**	0,56	<0,0001
	Есть	21	152	173			
	Всего	51	163	214			
Отвлечения на хобби	Нет	35	39	74	34,31**	0,40	<0,0001
	Есть	16	124	140			
	Всего	51	163	214			
Ответственность перед семьей и профессией	Нет	18	12	30	25,14**	0,34	<0,0001
	Есть	33	151	184			
	Всего	51	163	214			
Алкогольная анозогнозия	Нет	1	41	42	13,25**	-	<0,0001
	Есть	50	122	172			
	Всего	51	163	214			
Окончание срока суггестивной установки	Нет	51	21	72	132,05**	0,79	<0,0001
	Есть	0	142	142			
	Всего	51	163	214			
Алкогольная ситуация	Нет	21	116	137	15,17**	-	<0,0001
	Есть	30	47	77			
	Всего	51	163	214			
Психотравмирую щая ситуация	Нет	31	113	144	1,29	-	0,257
	Есть	20	50	70			
	Всего	51	163	214			
Желание испытать опьянение	Нет	18	84	102	4,11*	-	0,043
	Есть	33	79	112			
	Всего	51	163	214			

Конфликтные ситуации	Нет	33	123	156	2,27	-	0,10	0,132
	Есть	18	40	58				
Всего		51	163	214				
ощущение общего дискомфорта, внутреннего напряжения	Нет	4	61	65	16,07**	-	0,27	<0,0001
	Есть	47	102	149				
Всего		51	163	214				
Беспричинные изменения психического состояния	Нет	37	138	175	3,83	-	0,13	0,050
	Есть	14	25	39				
Всего		51	163	214				
Употребление алкоголя в небольшой дозе	Нет	45	120	165	4,70*	0,15	0,030	
	Есть	6	43	49				
Всего		51	163	214				
Психологический дискомфорт ("белая ворона")	Нет	37	142	179	6,03*	-	0,17	0,014
	Есть	14	21	35				
Всего		51	163	214				
Вид собутыльников, разговоры о спиртном	Нет	20	148	168	61,25**	-	0,53	<0,0001
	Есть	31	15	46				
Всего		51	163	214				
Традиционное употребление алкоголя	Нет	27	138	165	22,14**	-	0,32	<0,0001
	Есть	24	25	49				
Всего		51	163	214				
ПВА на фоне голода	Нет	9	94	103	24,92**	-	0,34	<0,0001
	Есть	42	69	111				
Всего		51	163	214				
ПВА эпизодическое	Нет	18	76	94	2,03	-	0,10	0,155
	Есть	33	87	120				
Всего		51	163	214				
Суггестивное внушение	Нет	8	0	8	26,56**	0,35	<0,0001	
	Есть	43	163	206				
Всего		51	163	214				

Примечания: * при $p < 0,05$; ** при $p < 0,01$