

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

На правах рукописи

УДК 616.89.-008

ТУРАЕВ ТОЛИБ МАХМУДЖАНОВИЧ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО
СИНДРОМА ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ И
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

5А510119 – НАРКОЛОГИЯ

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра по наркологии

Научный руководитель:

к.м.н., доц. Велиляева А.С.

САМАРКАНД - 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
1.1 Факторы способствующие формированию и неблагоприятному течению алкогольной зависимости.....	
1.2 Общие принципы терапевтических и реабилитационных мероприятий больных с алкогольной зависимостью	
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1 Общая характеристика обследованных пациентов.....	
2.3 Характеристика методов исследования.....	
ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ АКЦЕНТУАЦИИ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ	
3.1 Особенности преморбидного периода.....	
3.2 Период злоупотребления психоактивными веществами до развития алкоголизма.....	
3.3 Клинические особенности течения алкоголизма	
3.4. Прогрессиентность алкоголизма.....	
ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЯ РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ АКЦЕНТУАЦИИ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ	
4.1. Основные принципы психотерапии больных алкоголизмом	
4.2. Дифференцированная тактика психотерапии больных алкоголизмом в зависимости от типа акцентуаций и расстройств личности.....	
4.3. Сравнительная оценка результатов дифференцированного лечения больных алкоголизмом в зависимости от типа акцентуаций и расстройств личности.....	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	
ВЫВОДЫ	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Важной проблемой, связанной с качеством индивидуального и социального психического здоровья, является проблема формирования и развития зависимости человека от психоактивных веществ (ПАВ) (Валентик Ю.В., 2003; Кошкина Е.А., 2004). Рост, являющийся в настоящее время одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира (Генайло С.П., 1999; Дресвянников В.Л., 1998; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000; Погосов А.В., 2003). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологических заболеваний у детей и подростков (Сирота Н.А. и др., 2001; Цыганков Б.Д., Барыльник Ю.Б., 2003; Алтынбеков С.А., 2003; Каражанова А.С., 2003; Селедцов А.М., 2004). В последние годы при алкогольной зависимости происходит существенная трансформация личностных изменений от различий в характере преморбидной отягощенности до гротескных личностных аномалий с чертами психического инфантилизма (Иванец Н.Н., Демина М.В., 1998). В одной из последних монографий, посвященной патопсихологии, клинике и реабилитации наркоманий П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг (2000) приводя результаты исследований особенностей характера больных, отмечают доминирование среди больных алкоголизмом акцентуированных и психопатических личностей эпилептоидного (возбудимого) типа, реже – шизоидного, психастенического и сенситивного.

Внимание исследователей обращено к различным научно-методическим подходам в изучении наркоманий, анализируются личностные и социальные факторы предрасположенности к развитию наркотической зависимости (Личко А.Е., Битенский В.С., 2007; Ross С., 2010). В исследованиях, посвященных проблемам опийной, анализируются ее отдельные аспекты в зависимости от преморбидных личностных особенностей. Это касается: терапевтических ремиссий (Киткина Т.А., 2009), расстройств эмоциональной сферы (Благов Л.Н., 2011), синдрома

патологического влечения к наркотикам (Клименко Т.В., 2008), постабстинентного синдрома (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2009), формирования специфической "наркоманической личности" (Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2011), а так же склонности к формированию полизависимости (Чирко В.В., 2011).

Тем не менее, отсутствуют специальные исследования, в которых бы рассматривались все аспекты взаимосвязи между личностными особенностями и клинической картиной алкоголизма, например, динамика различных клинических проявлений зависимости, трансформация личностных особенностей пациентов на тех или иных этапах болезни. Не оценивалась прогрессивность наркологического заболевания в зависимости от преморбидной структуры личности.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения алкоголизма в зависимости от преморбидного типа личности и оптимизация лечебной тактики.

Задачи исследования:

1. Установить клинические особенности алкоголизма, развившейся на фоне различных типов акцентуаций и расстройств личности.
2. Выявить индивидуально-психологические особенности больных алкоголизмом с различными типами акцентуаций и расстройств личности.
3. Разработать дифференцированную тактику фармакотерапии больных алкоголизмом развившейся на фоне различных типов акцентуаций и расстройств личности.

Научная новизна исследования: Проведено комплексное (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое) изучение больных алкоголизмом, развившейся у лиц с различными типами акцентуаций и психопатий. Получены новые данные об условиях формирования зависимости от алкоголя у этого контингента лиц. Результаты работы освещают условия их воспитания, социальные установки, первичные мотивации употребления наркотиков, характер «поискового поведения».

Установлено влияние личностного фактора как на основные симптомокомплексы алкоголизма, так и на общие закономерности течения заболевания (его прогрессивность). Описана динамика преморбидных личностных особенностей (акцентуаций и психопатий) в процессе формирования и прогрессирования зависимости от алкоголя. Проведена сравнительная оценка результативности терапии в разных группах пациентов.

Практическое значение исследования: Полученные результаты позволяют усовершенствовать диагностику, а также дифференцированные меры терапевтического и социально-реабилитационного воздействия, существенно оптимизировать лечебный процесс, используя более эффективные индивидуализированные терапевтические схемы. Кроме того, полученные данные могут быть применены при совершенствовании программ профилактики употребления наркотиков.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Факторы, способствующие формированию и неблагоприятному течению алкогольной зависимости

Изучение влияния личности пациента на формирование и течение алкогольной зависимости имеет важное научное и практическое значение, что обуславливает постоянный интерес исследователей к этой теме.

Обращаясь к теме личностных расстройств при наркоманиях, И.Н. Пятницкая (2009) отмечает: «В европейских странах, где вневрачебный прием наркотиков требует пренебрежения социальными нормами или искажения инстинкта самосохранения. Кроме того, алкоголизация нарушает отношения больного с обществом». По отдельным оценкам (Hirsch D., Paley J., Renner J.A., 2008), в США распространенность расстройств личности среди злоупотребляющих ПАВ колеблется от 65 до 90%, при этом типичным для данного контингента являются лица с антисоциальным расстройством.

Наиболее значимыми прогностически неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на выраженности медико-социальных последствий наркоманий, является наличие перинатальной патологии, наследственной отягощенности алкоголизмом, наркоманиями и другими психическими заболеваниями, личностные девиации в преморбиде, ранний возраст начала употребления ПАВ, неблагоприятные условия воспитания, предшествующее злоупотребление алкоголем (Козлов А.А., 2009).

В работе по исследованию особенностей преморбиды больных с алкогольной зависимостью, проведенной С.П.Генайло (2010), показано, что в подростковом возрасте формируются преимущественно у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий и, в то же время, отличающихся сниженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности. При этом наиболее неблагоприятное течение алкоголизма отмечается у пациентов с психопатиями, относительно менее неблагоприятное - при наличии акцентуации личности. Согласно приводимым автором данным, среди лиц,

начавших употребление ПАВ до 15 лет, 59,4% обнаруживают признаки психопатии, а 29,1% - акцентуации характера.

В преморбиде у преобладающего большинства (62,1%) обследованных М.Л. Рохлиной и К.Э. Ворониным (1991) пациентов отмечались личностные девиации, при этом у двух третей из них особенности личности не выходили за рамки акцентуации характера, у одной трети они могли быть квалифицированы в рамках психопатии. Среди девиаций характера наиболее часто встречались черты повышенной возбудимости, реже - неврастенические, психастенические, истероформные, шизоидные черты характера и черты психического инфантилизма. Согласно данным, приводимым в работе Н.Г. Найденовой, А.Ф. Радченко и И.Б. Власовой (1992), отмечается связь между преморбидными личностными особенностями и поиском специфических качеств эйфории опийного типа: чем больше у личности выражены черты возбудимости, аффективной неустойчивости, с агрессивными тенденциями, истероидности.

Имеются данные, указывающие, что наибольшая вероятность развития алкоголизма у психопатических личностей отмечается у лиц с истеро-возбудимой преморбидной структурой, со стойкими антидисциплинарными тенденциями и сексуальной распушенностью, у которых оба родителя злоупотребляют алкоголем и они воспитываются в обстановке безнадзорности, при этом у психопатических личностей преобладает циклический, реже - волнообразный тип патологического влечения к ПАВ (Клименко Т.В., 1996). Автор также отмечает, что при развитии у психопатических личностей уже на первой стадии формирования алкогольной зависимости выявляется заострение характерологических особенностей и грубое нравственно-этическое снижение, в последующем присоединяются изменения личности, типичные для хронической наркотической интоксикации, а на отдаленных этапах - явления энцефалопатии.

Выявляются существенные отличия в постабстинентном состоянии пациентов, с разной преморбидной структурой личности. Так, превалирование поведенческих расстройств над аффективными чаще отмечается у лиц с эксплозивными чертами характера; большая выраженность аффективных нарушений обнаруживается у пациентов с доминированием астенических, психастенических и шизоидных черт в структуре личности; больным со стеническим складом характера присущи диссомнические нарушения при нерезкой выраженности аффективных расстройств (Винникова М. А., 1999, 2000).

Сходные данные, касающиеся предрасположенности к употреблению алкоголя, приводятся и зарубежными авторами. Так, по мнению E.Staehelin (1997) ПАВ представляет особую опасность для того человека, у которого склонности и личностные черты такие же, как и у человека, приобретшего их лишь в результате соответствующей . В работе H.Milkman и W.Frosch (1980) также обращается внимание на те стороны личности, которые делают ее уязвимой и толкают на поиск комфортного состояния, связанного с одурманиванием ПАВ. Например, употребление алкоголя стимулирующего действия ведет к дальнейшему усилению активной конфронтации с окружающими, седативному эффекту усиливает тенденции ухода и изоляции. Опиаты могут использоваться в качестве компенсации при аффективной неустойчивости, дисфории, депрессии, сопровождаемых идеями одиночества и самообвинения (WurmserL., 1980, 1982, 1987).

Многими исследователями отмечается, что для лиц с нарушенной сексуальной ориентацией (гомосексуализм мужской и женский, бисексуализм) употребление алкоголя свойственно в большей степени, чем в гетеросексуальной популяции. К этому приводят чувство непохожести на других людей, ощущение собственной изолированности и отсутствия поддержки, неадаптивные сексуальные паттерны, что, по мнению ряда авторов, может быть отнесено к проявлениям аномалий личности (Morse E.V., Simon P.M., Baus S.A. et al.,1992; Mosbacher D., 1993; McEvan I., 1994;

Paul J.P., Stall R., Crosby G.M. et al., 1994; Rotheram-Borus M. J., Rosario M., Meyer-Rahlburg H.F.L. et al., 1994; Kus R.J., Smith G.B., 1994; Bickelhaupt E.E., 1995; Finnegan D.G., McNally E.B., 1995).

Существует ряд исследований, посвященных изучению влияния насилия, физического или сексуального, которое встречается в анамнезе многих пациентов с зависимостью от ПАВ и является причиной недостаточного уровня социализации, приводит к невротизму, склонности к формированию зависимости от ПАВ и значительно влияет на исход лечения (Wallen J., 1992; Roesler T.A., Dafler C.E., 1993; McKenna C., Ross C., 1994; Peters K.R., Maltzman I., Villone K., 1994; Pearse E.J., Lovejoy F.H., 1995).

Сочетание коморбидных посттравматических стрессовых расстройств и злоупотребление ПАВ также можно рассматривать как развитие химической зависимости на фоне невротизации или психопатизации, вызванных тяжелым потрясением. Роль травмы в становлении и развитии зависимости исследовалась рядом авторов у ветеранов войн, у лиц, перенесших неоднократно повторное воздействие психических травм; в этих работах выявлены основные цели начала употребления ПАВ- для улучшения адаптации и устранения неприятных воспоминаний и переживаний (Harvey E.M., Rawson R.A., Obeit J.L., 1994; Finnegan L.P., 1994, Zaslav M.R., 1994, Zweben J.E., Clark H., Smith D., 1994).

Наиболее значимыми прогностически неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на выраженности медико-социальных последствий алкоголизма, является наличие перинатальной патологии, наследственной отягощенности алкоголизмом, наркоманиями и другими психическими заболеваниями, личностные девиации в преморбиде, ранний возраст начала употребления ПАВ, неблагоприятные условия воспитания, предшествующее наркотизации злоупотребление алкоголем, давность наркотизации (Козлов А.А., 1999).

По мнению ряда авторов, наличие личностных девиаций в преморбиде является весьма существенным фактором, определяющим формирование

медицинских и социальных последствий наркоманий. Так, в работе Б.И.Исмаилова (1982) отмечается, что психозы, вызванные злоупотреблением ПАВ, преобладали у больных с преморбидно акцентуированной (39,1%), психопатической (26,2%) личностью и у больных, личность которых была изменена психическими заболеваниями еще до начала наркотизации (42,8%); семейные же конфликты чаще отмечались у больных с преморбидно нормальным (69,8%), невротическим (70,4%) и психопатическим (85,9%) типами личности. Согласно данным, приводимым Н.Х.Бикмаматовой (1980), медико-социальные последствия алкоголизма наиболее неблагоприятны у больных, начавших употребление ПАВ, в основном, исходя из гедонистических наклонностей. Другими авторами отмечается, что у больных с личностной патологией достоверно чаще и быстрее, чем у лиц с нормальным преморбидом, наступали изменения личности, психоорганический синдром и негативные социальные последствия наркотизации, однако, на тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств степень выраженности личностных девиаций в преморбиде влияние не оказывала (Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б., 1989; Сирота Н.А., 1989; Врублевский А.Г., Чирко В.В., 1999).

Проведенный Н.А.Сиротой (1989) клинический анализ психопатологической симптоматики в процессе формирования и течения алкоголизмом показал, что на этапе эпизодической наркотизации происходит своеобразная компенсация преморбидных характерологических особенностей, в частности, черт тормозимости, астенических, аффективных и вегетативных расстройств, а при сформировавшейся черты неустойчивости нивелируются за счет заострения шизоидности, эксплозивности и других патохарактерологических особенностей.

Согласно данным литературы, каждому типу акцентуаций характера и психопатий в подростковом возрасте присущи определенные отличия зависимого поведения и предпочтение определенного ПАВ. Например, гипертимным подросткам нравятся алкогольные напитки и гашиш,

стимуляторы, причем отличительной чертой подростков гипертимного типа является возможность длительного злоупотребления без развития зависимости (Личко А.Е., 2007, 2008, 2009; Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., 2009).

Риск развития зависимости от ПАВ также высок у лиц с эпилептоидным, гипертимным и истероидным типом акцентуаций и расстройств личности. Эпилептоидная акцентуация характера и психопатия того же типа несколько отличаются друг от друга по аддиктивному поведению. При наличии акцентуации может отмечаться гиперсоциальная установка, и в таких случаях ко всем наркотическим средствам может быть подчеркнуто негативное отношение. При эпилептоидной психопатии, а также в тех случаях эпилептоидной акцентуации, когда подросток воспитывался в асоциальных условиях, и на эпилептоидное ядро наслаиваются черты неустойчивости, никаких преград аддиктивному поведению нет. Любое ПАВ применяется в оглушающих дозах, влечение формируется быстро и отличается значительной силой. Что касается выбора наркотика, то менее других привлекательны стимуляторы (Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., 2009).

У возбудимых психопатических личностей отмечается раннее формирование влечения к ПАВ, их употребление из-за стремления избавиться от частых расстройств настроения, тенденция с первых приемов достигать выраженного состояния опьянения, быстрое привыкание, утяжеление патологических черт характера. На данном этапе жизненные неудачи сопровождаются реактивными расстройствами, основные характерологические особенности становятся более выраженными, происходит слом выработанных компенсаторных приспособлений, что ведет к резкому снижению адаптации личности (В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, 2008).

Точка зрения о личностной предрасположенности к формированию зависимости не является общепризнанной. Так, по мнению В.В.Бориневича

(1963), "нет личности, свободной от наркотиков, нет и особой наркогенной личности". Ни один из выдвигавшихся в литературе факторов (психопатия, особая конституция), как показывает автор, не является постоянным, обязательным для , и, следовательно, не может считаться этиологическим. В некоторых случаях эти факторы провоцируют первые повторения приемов наркотика, тем самым в какой-то мере способствуя самому началу развития зависимости. Мнение об отсутствии взаимосвязи между типом личности и формированием, клинической динамикой и исходом лечения присутствует и в работах зарубежных авторов (Clopton J.R., Weddige R.L., Contreas S.A. et al., 1993; With H., Bodker B.A., 1994).

Выделяя 10 социальных и биологических причин в порядке убывания значимости, Т.В.Клименко (1994) на первые места ставит алкоголизацию родителей; воспитание по типу гипо- или гиперопеки, девиантное поведение в анамнезе, а на последние - особенности психофизического развития и биологически измененную конституцию.

Отмечая первоочередное значение неблагополучия в семье для возникновения риска девиантного поведения, В.С.Битенский (1991) замечает, что, наряду с неполной семьей и положением "золушки" в семье, большое значение имеет полная семья с отцом, матерью, дедушками и бабушками, но с воспитанием по типу потворствующей гиперпротекции. По приводимым автором данным, 40,2% обследованных подростков-наркоманов росли в неполной или "деформированной" семье, а в 52,7% случаев подростки воспитывались в полной семье с гармоничными внутрисемейными отношениями, финансовым и социальным благополучием и гиперопекой. Алкоголизм матери (20%) или отца (22%) играют значительно меньшую роль для становления отклоняющегося поведения. Довольно частой причиной начала аддиктивной наркоманической деятельности, указывает автор, могут явиться жесткие конфронтационные взаимоотношения в семье (19%) или в учебном заведении (27%).

Как показывает исследование А.М.Петрищева и С.М.Мостового (1981), в группе подростков, страдающих наркоманией, высок процент (69%) неблагополучных социально-психологических отношений в семье, сочетающийся с высокой степенью наследственной отягощенности (33%).

И.Н.Пятницкая (2004), рассматривая факторы, влияющие на формирование ремиссии у пациентов с наркотической зависимостью, выдвигает ряд условий, повышающих успех терапии (по мере убывания значимости): психическое здоровье в преморбиде; психофизическая зрелость к началу употребления наркотика; стабильное социальное положение и наличие образования (кроме медицинского); раннее обращение за помощью; мононаркотизм; адекватный контроль семьи. При этом автор отмечает: «Не следует удивляться, что для терапевтической эффективности большее значение, чем качество наркотика, имеет стабильное социальное положение, не биологическая, а социальная характеристика. Этот показатель по существу - производный от психического здоровья...».

1.2 Общие принципы терапевтических и реабилитационных мероприятий больных с зависимостью от алкоголя.

В своей основе терапия любой наркотической зависимости направлена на купирование базисных синдромов: психической и физической зависимости. По классификации, предложенной К.Э.Ворониным (1995), выделяются четыре этапа лечения зависимых пациентов: 1) проведение дезинтоксикационных мероприятий и купирование абстинентного синдрома с нормализацией соматоневрологических нарушений и коррекцией психопатоподобных расстройств; 2) полное восстановление нарушений метаболизма, поведенческих расстройств и нормализация психического состояния; 3) выявление основного симптомокомплекса психической зависимости и назначение целенаправленной терапии; 4) назначение противорецидивной (поддерживающей) терапии.

Согласно данным, приводимым Л.Н.Благовым (2004), купирование алкогольной абстиненции с помощью антагонистов опиатных рецепторов

приводит к более выраженному проявлению тревожной и дисфорической симптоматики, но сокращает длительность и интенсивность этих расстройств в периоде отставленных проявлений, а назначение бупренорфина в остром периоде абстиненции приводит к быстрой редукции тревожно-депрессивной и дисфорической симптоматики.

Подчеркивая важность в формировании устойчивой ремиссии устранения волнообразно повторяющихся аффективных расстройств, сопровождающих их диссомнических и поведенческих нарушений, затяжной астенической симптоматики и вегетативной дисфункции, Н.Н. Иванец и М.А. Винникова (2000) отмечают существенную роль в лечении пациента рациональной и семейной психотерапии.

Важность реабилитации в терапии больных, страдающих алкоголизмом, обусловлена стойкими отрицательными последствиями в виде соматических нарушений, грубой деформации личности, снижения или утраты трудоспособности, невозможности конструктивно поддерживать семейные отношения, дезорганизации всех социальных связей. Исходя из концепции этапного лечения, в наркологии выделяются следующие реабилитационные мероприятия: а) стационарная реабилитация: общая (создание в отделении реабилитационного режима) и специальная в форме обучения персонала деонтологическому подходу к больным, внедрения самоуправления больных, организации трудотерапии; б) полустационарная с организацией дневных стационаров, ночных профилакториев и полустационарных режимов в обычных наркологических отделениях; в) внестационарная: в форме организации психотерапевтических сообществ, антиалкогольных (антинаркотических) клубов (в том числе семейных), групп самопомощи наркологических больных и их родственников, общежитий, коммун, учреждений призрения за наркологическими больными, а также в форме специальных программ помощи наркоманам в производственной и бытовой сферах (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др., 2000).

Психотерапия имеет целью убедить пациента прекратить наркотизацию, при этом решающим психотерапевтическим фактором, закрепляющим эффект лечения и способствующим тому, чтобы прекратить наркотизацию, является коренное изменение условий жизни, появление новых планов на будущее и новых интересов. Наиболее эффективными являются тщательно подобранные малые психотерапевтические группы, организованные из числа больных, прекративших наркотизацию с искренним желанием к ней более не возвращаться. Крайне важна и семейная психотерапия, которая ставит своими задачами обеспечить пациентам, особенно подросткам, эмоциональную поддержку со стороны родителей и устранить причины, способные подтолкнуть к рецидиву (Личко А.Е., Битенский В.С., 2007).

Обобщая вышеизложенное, следует подчеркнуть, что, несмотря на увеличивающийся интерес к проблемам изучения закономерностей этиологии, патогенеза, клиники и лечения алкоголизма, на большое число работ, посвященных данным вопросам, клинические особенности алкоголизма, сформировавшейся на фоне акцентуаций и личностных расстройств, а также подходы к терапии данного контингента больных освещены недостаточно. По-прежнему, нуждаются в дополнительной разработке как теоретические, так и практические вопросы этой проблемы (анализ не только отдельных этапов и или синдромов, а всего длинника алкогольной зависимости, сочетанной с личностными расстройствами; разработка подходов к дифференцированной психофармакотерапии, психотерапии и реабилитации таких больных).

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика обследованных пациентов

Для решения поставленных задач было проведено обследование, лечение и последующее катamnестическое наблюдение 65 больных алкоголизмом (все пациенты были мужского пола), на базе СОНД, возрастом от 18 до 45 лет, средний возраст составил $29,7 \pm 6,7$ лет. Все больные проходили лечение на добровольной основе, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях в 2013-2015 гг.. Средняя длительность катamnестического наблюдения 1,5 года (min - 4 мес. max - 2 года).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

<i>Возраст</i>	<i>Алкогольная зависимость (N=65)</i>	
	<i>Абс. Число</i>	<i>%</i>
<i>18-24</i>	18	27,7
<i>25-30</i>	40	61,5
<i>31-35</i>	5	7,7
<i>36-45</i>	2	3,1
<i>Всего</i>	65	100,0

Больные, проходившие курс лечения амбулаторно (под контролем родственников) посещали отделение 2-3 раза в неделю на протяжении 4-8 недель. Для соблюдения принципа однородности материала были определены 3 основные критерия отбора больных.

1. В изучаемый контингент включались больные со второй (средней) стадией алкоголизма (код F-10.2 по МКБ-10), характеризующейся наличием:
а) сильного желания принять ПАВ; б) снижения способности контролировать прием ПАВ; в) абстинентного состояния; г) повышения толерантности к

ПАВ; д) «поглощенности» больного употреблением ПАВ; е) употребления ПАВ вопреки вызываемым им вредным последствиям.

В зависимости от длительности этапа употребления алкоголя до формирования алкоголизма, длительности этапа начальной стадии до формирования средней, а также быстроты появления и тяжести отрицательных соматических и социальных последствий применительно к каждому больному устанавливались: низкая (1 балл), средняя (2 балла) и высокая (3 балла) прогрессивность заболевания. Далее по каждой группе выводился средний балл прогрессивности.

2. Обследование проводилось сплошным методом: были взяты все поступившие в стационар в 2013-2015 гг. больные со второй (средней) стадией алкоголизма. В основную группу включались пациенты, у которых еще до развития алкоголизма имелись акцентуации личности либо психопатии. В контрольную группу вошли лица, у которых до развития зависимости отсутствовали какие-либо особенности (акценты), позволяющие отнести их к определенному (одному из описанных ниже) типу личности. Такие пациенты были расценены как личности условно-гармоничного склада.

Для диагностики психопатии (расстройства зрелой личности, по МКБ-10, код F-60) учитывалось наличие трех из перечисленных факторов: а) дисгармония личностных позиций и поведения, вовлекающая несколько сфер функционирования; б) хронический характер аномального стиля поведения; в) нарушение адаптации вследствие аномального стиля поведения, возникающее в детстве или подростковом возрасте и продолжающееся в зрелом возрасте; г) возможность значительного личностного дистресса; д) возможность ухудшения профессиональной и социальной продуктивности.

По типам личности больные распределились следующим образом: в рамках 1.стенического типа (16 человек, 24,6%) выделялись подтипы: гипертимный - 5 человек, возбудимый - 7, эпилептоидный - 4.

В рамках 2. астенического типа (7 человек, 10,8%) были выделены подтипы: собственно астенический - 5 человек и сенситивные шизоиды - 2. В рамках 3. неустойчивого типа (19 человек, 29,2%) выделялись следующие подтипы: с расстройствами влечений - 9 человек и патологически конформные - 10. К 4. истерическому кругу был отнесен 10 человек (15,4%). Больных с 5. условно-гармоничным типом личности оказалось 13 чел. (20%).

Из исследования исключались больные с иной психической патологией, в том числе лица, имевшие еще до развития зависимости клинически выраженные органические расстройства.

Критерии отбора пациентов были обусловлены рабочей гипотезой, согласно которой в каждой выделенной группе имеются определенные отличия в формировании алкоголизма, ее течении, клинических проявлениях, особенностях изменений личности, степени прогрессивности алкоголизма, оформлении и длительности ремиссий, а так же в медикаментозном лечении и психотерапевтических подходах.

Использовались следующие методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, психологическое обследование. Изучались сведения, полученные от больных и их родственников, результаты обследования пациентов, а также данные медицинской документации. Все больные были проконсультированы терапевтом, невропатологом, психологом, окулистом (включая исследование глазного дна). Проводились клинко-лабораторные исследования (в том числе анализы крови на наличие антител к ВИЧ).

Общая характеристика изученного материала.

Средний возраст обследованных больных $29,7 \pm 6,7$ года. Наибольшее количество больных приходится на возрастную категорию от 18 до 30 лет (86,5%).

По исследованному материалу в целом наследственность была отягощена алкоголизмом отца или близких родственников у 35 чел. (54% всех больных), наличием эндогенных заболеваний родственников у 5 чел.

(7,6%), невротическими, соматоформными и личностными расстройствами одного или обоих родителей у 25 чел. (38,4%).

В полных, стабильных, социально-адаптированных семьях воспитывались 45 чел. (69,2%), родительские семьи остальных больных (20 чел., 30,8%) были или неполными, или нестабильными, или асоциальными, или имели сочетание указанных признаков, что говорит о значительном удельном весе нарушений структуры семьи среди обследованного контингента больных. Большинство больных имели среднее образование - 42 чел. (64,6%), высшее и незаконченное высшее - 23 чел. (35,4%). Из 65 больных 41 чел. (68,4%) нигде не работали и не учились, 17 чел. (20,3%) - работали (в основном, в сфере торговли), 7 чел. (11,3%) - учились (в основном, в высших учебных заведениях).

По семейному положению 15 чел. (23%) были холостыми, 39 чел. (60%) - женатыми, 5 чел. (8%) состояли в гражданском браке, 6 чел. (9%) - в разводе.

Таблица 2

Основные социально-демографические характеристики

Характеристики	алкогольная зависимость (N=65)	
	Абс. число	%
Профессиональная занятость:		
Работающие	17	26
Неработающие	41	63
Учащийся	7	11
Уровень образования:		
Среднее	42	64,6
Незаконченное высшее	18	27,7
Высшее	5	7,6
Семейное положение:		
Не женаты	15	23
Женаты	39	60
Состояли в гражданском браке	5	8
Разведены	6	9

К моменту обследования средняя длительность систематической алкоголизации составляла $3,6 \pm 2,5$ года.

Таблица 3

Группа объединяла три подгруппы: гипертимных, возбудимых и эпилептоидных личностей.

Соотнесение типов личности с МКБ-10

№	Код	Рубрика	Подрубрика
Группа личностей стенического круга (16 чел., 24,6%)			
1	F.60.2	Диссоциальное расстройство личности	Психопатическое расстройство
2	F.60.3	Эмоционально неустойчивое расстройство личности	
4	F.60.30		Импульсивный тип
5	F.60.31		Пограничный тип
Группа личностей астенического круга (7 чел. 10,8%)			
6	F.60.7	Зависимое расстройство личности	Астеническая личность
7	F.60.6	Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности	
8	F.60.1	Шизоидное расстройство личности	
Группа личностей неустойчивого круга (19 чел., 29,2%).			
9	F.60.2	Диссоциальное расстройство личности	Асоциальное
10	F.60.7	Зависимое расстройство личности	Пассивная личность
Группа личностей истерического круга (10 чел., 15,4%)			
11	F 60.4	Истерическое расстройство личности	

Группа личностей стенического круга (16 чел., 24,6%)

Пациенты, вошедшие в эту группу, с детства были повышенно активны, спонтанны в своих действиях, не склонны к сомнениям и колебаниям. Они стремились к лидерству среди сверстников,

бескомпромиссно отстаивали свои интересы, уверенно преодолевали различные трудности. Для них были характерны повышенный энергетический потенциал, уверенность в правильности своих поступков, высокая самооценка, недостаточно критическое отношение к себе, импульсивность со снижением или отсутствием самоконтроля.

Подгруппа личностей гипертимного типа (5 чел.)

У пациентов с акцентуацией этого типа (1 чел.) чрезмерная физическая и интеллектуальная активность сочетались с постоянно повышенным настроением. Они тянулись к живому общению, выделялись бойкостью, предприимчивостью. Хорошее настроение лишь изредка омрачалось короткими и легкими вспышками гнева, вызванными противодействием окружающих.

Таблица 4

Преморбидные особенности характера по группам

Преморбидный тип характера	алкогольная зависимость (N=65)
астенический	7(10,8%)
стенический	5(7,7%)
шизоидный	2(3,1%)
истерический	10(15,4%)
неустойчивый	19(29,2%)
возбудимый	7(10,8%)
акцентуации характера	1(1,4%)
патологические комформные личности	10(15,4)
эпилептоидный	4(6,2%)
ВСЕГО:	65(100%)

У 4 обследуемых характерологические особенности достигали глубины психопатии. Это характеризовалось сочетанием повышенного настроения и высокой активности с периодической разбросанностью, неспособностью сосредоточиться на чем-то одном и вести планомерную деятельность в той или иной сфере. Стремление к общению превращалось в неразборчивость,

как в дружеских, так и в сексуальных контактах. Жажда рискованных походов приводила к легкому вовлечению в различные авантюрные проекты, с риском совершения правонарушений.

Подгруппа личностей эпилептоидного типа (4 чел.)

Лица с акцентуацией (1 чел.) еще с раннего возраста отличались аккуратностью, бережливостью в отношении всего "своего", себялюбием, нежеланием считаться с чьими бы то ни было интересами. С 15-16 лет у них появлялись периоды умеренно сниженного настроения с оттенком недовольства и аффективными вспышками, подозрительность. Перед старшими эти лица были склонны к угодничеству, хорошо адаптировались в условиях строгой дисциплины.

У 3 человек эпилептоидные черты характера достигали глубины психопатии: аккуратность доходила до педантизма, рано выявлялись садистические наклонности в отношении более слабых. А с 15-16 лет появлялись периоды беспричинно возникавшего злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением и поиском объекта, чтобы "сорвать зло". С этими периодами была тесно связана аффективная взрывчатость. При этом повод для взрыва мог быть ничтожным, а аффект - достаточно интенсивным и продолжительным. В отношении противников лица этой подгруппы проявляли мстительность и жестокость. Подозрительность иногда достигала степени сверхценных идей. В отдельных случаях отмечалось самоповреждающее поведение (поскольку боль разряжала накапливающееся раздражение). Характерными чертами являлись также упрямство, бескомпромиссность суждений и убеждений, стремление к императивности в межличностных отношениях.

Подгруппа личностей возбудимого типа (7 чел.)

Лицам с этой акцентуацией (1 чел.) были свойственны нетерпеливость, несдержанность, стремление к быстрому удовлетворению любых своих

желаний и потребностей. Им обычно не хватало рассудительности для спокойной оценки ситуаций.

Если эти черты достигали глубины психопатии (6 чел.), то отмечались напористость, агрессивность, склонность к "самовзвинчиванию" в психологически сложных ситуациях. Аффективные вспышки, в отличие от таковых у пациентов из подгруппы эпилептоидных личностей, всегда имели ситуационный и непродолжительный характер, так же, как и колебания настроения. Имелось несоответствие поведения общепринятым нормам, полное игнорирование их для самих себя, пренебрежение социальными правилами. Наиболее распространенный тип психологической защиты - "регрессия" (замена решения более сложных задач на более простые).

Группа личностей астенического круга (7 чел. 10,8%)

Пациенты этой группы отличались низкой активностью в межличностных отношениях и в достижении своих целей, недостаточной спонтанностью, нерешительностью, слабой силой воли, низким уровнем влечений, отсутствием стремления к лидирующей позиции. Часто им были присущи критическое отношение к своим поступкам, высокий самоконтроль. Самооценка астеников была скорее заниженной, чем объективной, из-за чего часто не могли отстаивать свои интересы. У шизоидов повышенная самооценка сочеталась с чувством собственной неполноценности.

Подгруппа собственно астенических личностей (5 чел.)

Лицам с акцентуацией (3 чел.) были присущи ранимость, впечатлительность, стеснительность, недостаточная волевая активность, легко возникающие чувства вины и тревоги. Повышенная истощаемость при физических и психических нагрузках сочеталась с раздражительностью. Раздражительность проявлялась внезапными краткими аффективными вспышками, которые заканчивались раскаянием и усилением неуверенности

в своих силах. В выборе друзей проявляли разборчивость, в дружбе - привязчивость и верность.

В случаях психопатии (2 чел.) неуверенность в себе выходила на первый план в сочетании с мимозоподобной чувствительностью, страхом быть покинутым, зависимостью от окружающих, болезненно ранимым самолюбием, нерешительностью.

Подгруппа сенситивных шизоидов (2 чел.)

Акцентуация данного типа была отмечена лишь в одном случае. При этом основными чертами являлись: замкнутость, быстрая истощаемость в контактах, ориентированность на свои внутренние переживания, а не на решительные действия. Эмоциональная негибкость сочеталась с недостатком интуиции, сопереживания и сочувствия, а так же мечтательностью и сентиментальностью.

У 4 человек характерологические черты достигали глубины психопатии: недоступность их внутреннего мира, отгороженность с детства отмечались близкими. Трудности в установлении неформальных контактов существенно нарушали адаптацию среди сверстников, а необходимость вступать в такие контакты усиливала чувство собственной неполноценности. Пациенты этой подгруппы имели склонность к самоанализу и рефлексии в сочетании с фантазированием, ранимостью, "мимозностью". Достаточно высокий интеллект контрастировал с беспомощностью в житейских вопросах. Основные подростковые реакции - гиперкомпенсации (преодоление застенчивости, "слабоволия", физической ослабленности) и хобби (стойкие увлечения, иногда, особенно у шизоидов, носившие сверхценный характер). У больных этой группы склонность к делинквентности отсутствовала.

Наиболее часто встречающиеся типы психологической защиты - "вытеснение" и "компенсация" (у астенических личностей) и "интеллектуализация" (у лиц шизоидного типа).

Группа личностей неустойчивого круга (19 чел., 29,2%).

Основными характерологическими чертами лиц этой группы являлись психическая неустойчивость, подверженность внешним влияниям, слабохарактерность, отсутствие собственных принципов в жизни, невозможность занять самих себя, полное нежелание участвовать в выполнении обязанностей и в трудовой деятельности. Правила поведения они усваивали с большим трудом и с легкостью от них отказывались. К будущему были равнодушны; тревоги, сомнения по поводу правильности своих действий отсутствовали. Собственные интересы отстаивать не приходилось, т.к. они чаще всего совпадали с интересами группы. Самооценка, в основном, была искаженной.

Подгруппа с расстройствами влечений (9 чел.)

При акцентуации (5 чел.) с детства выявлялось повышенное стремление к новым впечатлениям и развлечениям. Тяготели к постоянному общению, обмену информацией. К родным не испытывали привязанности, члены семьи воспринимались прежде всего как источник средств для развлечений. В решениях ориентировались на мнение группы товарищей. Охотно подчинялись и подражали только тем, чье поведение было направлено на поиск новых удовольствий. Со старшего подросткового возраста искали все более сильные и острые ощущения. Отмечалась склонность к азартным играм, бесцельному бродяжничеству, кражам, частой смене половых партнеров.

В случаях психопатии (4 чел.) все помыслы и желания были направлены только на развлечения. Праздный образ жизни быстро приводил к социальной дезадаптации. Наблюдалась выраженная расторможенность влечений (в основном, страсть к азартным играм, дромомания и гиперсексуальность), склонность к аддиктивному поведению. Все свободное

время эти подростки проводили в уличных компаниях, чаще всего асоциальной направленности, нередко и вовсе случайных.

Подгруппа патологически конформных личностей (10 чел.)

Подгруппа объединяла пассивных, зависимых от внешних обстоятельств и мнения окружающих лиц. Конформность сочеталась с некритичностью, отсутствием выделения "значимых других" (при акцентуации, у 6 чел.). В тех случаях, когда личностные особенности достигали глубины психопатии (4 чел.), отмечались полная безынициативность, ограниченность побуждений, послушное следование навязываемым стереотипам поведения, в подростковом возрасте - постоянное стремление "быть как все", что нередко способствовало прочной привязанности к асоциальной среде.

Реакции подросткового периода (эмансипации, группирования со сверстниками, реализации сексуального влечения) были сопряжены с поиском новых впечатлений и нежеланием выпасть из привычной компании. Увлечения и стойкие интересы отсутствовали. Единственно доступные хобби - информативно-коммуникативное и азартные игры. В целом, в группе отмечена высокая склонность к делинквентному поведению. Основной тип психологической защиты - "отрицание".

Группа личностей истерического круга (10 чел., 15,4%) .

Основные черты акцентуантов этого типа (4 чел.) - эгоцентризм, постоянная жажда внимания, потребность вызывать удивление, восхищение или хотя бы негодование и возмущение; непереносимым было только равнодушное отношение. Эмоции выражались преувеличенно, театрально-наигранно. С детства и на протяжении всей жизни больные этой группы были капризны, требовательны к окружающим и снисходительны к себе. Высокая внушаемость выявлялась в тех случаях, когда внушение не противоречило их неадекватно высокой самооценке. Склонность к

фантазированию и ложь были направлены на приукрашивание собственной личности или использовались для безболезненного выхода из неприятных ситуаций. Эмоции были лабильны и поверхностны.

При психопатии (6 чел.) наблюдались более частые и более яркие демонстративные реакции (нередко изображавшие суицидальные попытки), гиперкомпенсаторное разыгрывание ролей для прикрытия эмоциональной логики. Претензии на исключительность, необычность чаще приводили к неудовлетворенности, чем могли быть осуществлены тем или иным способом. Самооценка отличалась крайней необъективностью: представляли себя такими, какими в данный момент могли скорее всего обратить на себя внимание.

Контрольная группа (условно-гармоничные, 13 чел., 20%).

К этой группе отнесены пациенты, у которых нельзя было определить никаких доминировавших особенностей личности. В раннем возрасте это были здоровые, веселые, активные дети, не создававшие особых проблем для родителей. Доброжелательность, теплые отношения с родственниками, терпимость к неприятностям отмечались на протяжении всей жизни. Они достаточно быстро адаптировались в коллективе сверстников, но на поводу у других не шли. В сложных случаях всегда могли найти компромиссный вариант поведения (психологическая защита не требовалась).

Подростковые реакции (эмансипации, группирования со сверстниками, реализации сексуального влечения и др.) проходили на некотором условно-среднем уровне, не имея выраженных неприятных последствий. Увлечения были, во-первых, достаточно разнообразны (от коллекционирования до спорта), во-вторых, достаточно постоянны, доставляли удовольствие самим подросткам и одобрялись родителями. Делинквентное поведение в этой группе отмечено в единичных случаях.

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ АКЦЕНТУАЦИИ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

3.1 Особенности преморбидного периода

Необходимость изучения преморбидного периода у наблюдавшихся больных не оставляет сомнений, т.к. тип личности и личностные расстройства, диагностировавшиеся на момент образования зависимости от алкоголя, формировались задолго до этого. Важно проследить, какие факторы и в каком соотношении влияли на становление личностных особенностей.

Наследственная отягощенность. При расчете суммарной наследственной отягощенности пациентов учитывалось наличие среди их близких родственников больных алкоголизмом, пограничными психическими расстройствами (невротическими, соматоформными и личностными расстройствами) и эндогенными психическими заболеваниями, а также случаев суицидов. Этот показатель определялся как интегративный, рассчитанный по 4-балльной шкале. Самая высокая суммарная наследственная отягощенность (0,9) выявлена в группе лиц стенического круга, далее следовали больные группы астенических (0,66) и неустойчивых личностей (0,59), а так же контрольной группы (0,58). Минимальной она была в группе лиц истерического круга (0,33). Отличия достоверны с $p=0,09$.

Самый высокий уровень наследственной отягощенности по алкоголизму отмечен у больных стенического круга (66,7%), несколько ниже - в контрольной группе (45,8%), у астеников (40,0%) и неустойчивых (38,5%), самый низкий - у лиц истерического круга (19,0%).

Преморбидные факторы, выявленные у пациентов по данным анамнеза

Факторы	алкогольная зависимость (N=65)	
	Абс.число	%
Отсутствие эмоциональной привязанности	48	74,4
Развод родителей (до 15 лет)	49	75,6
Постоянная конфликтность взаимоотношений	52	80,0
Эмоциональная разобщенность с родителями	48	74,4
Синдром гиперактивности в детстве	35	54,4
Девиации поведения	26	40,0
Сосредоточенность семьи на финансовых символах	23	25,6

Пограничные психические заболевания родителей или близких родственников чаще всех отмечены у больных стенического (48,5%) и истерического (42,6 %) круга, реже - у больных неустойчивого (32,5%) и астенического (33,3 %) круга, реже всех - в контрольной группе (4,2%).

Эндогенными психическими заболеваниями страдали 6,7% родственников пациентов из группы астенических личностей и 7,7% - неустойчивых.

Сравнение групп больных с психопатиями и без них показало, что значимые различия в наследственной отягощенности выявлялись лишь по пограничным психическим расстройствам (57,8 и 8,7% соответственно). По иным видам психической патологии расхождений не обнаруживалось.

Для пациентов неустойчивого круга патогенными являлись гипоопека (50,0%) и хронические конфликты (37,5%), реже отмечались гиперопека (22,5%) и физические наказания (15,0%). У больных астенического круга на первом месте были хронические конфликты в семье (33,3%) и гипоопека (26,7%), реже - эмоциональное отвержение (13,3%) и гиперопека (13,3%). В контрольной группе удельный вес неправильного воспитания был ниже, чем в других; оно включало только гипоопеку (33,3%) и хронические конфликты (25,0%).

Ограниченность эмоциональных контактов в детстве была свойственна в 4 раза чаще ($p=0,04$) лицам с психопатией, причем наибольшей степени - астенического круга (33,3% от группы), из них - сенситивным шизоидам. Больные с психопатией в 1,6 раза чаще ($p=0,04$) отличались в детском коллективе конформным, зависимым поведением, особенно неустойчивого (50,0% от группы) и астенического (33,3%) круга.

Характерные реакции подросткового периода уже были указаны при описании каждого типа личности (табл.6). Следует отметить, что пубертатный криз протекал дисгармонически у 35,4% всех обследованных: отмечались генерализация реакций, их клиширование, превышение порога реакций, за который не выходили сверстники, начинающаяся социальная дезадаптация. Это было свойственно только лицам с формирующейся психопатией (73,4% этих больных).

Обследованным были в малой степени свойственны такие причины, как болезни, общая астенизация (10 чел., 7,5% всех обследованных). Доминировали другие варианты неуспеваемости: эмоционально-поведенческий (вследствие гиперактивности, гипертимности, возбудимости или же тормозимости) - 32 чел., 24,7%, а также дидактический (вследствие несовпадения возможностей и интересов со школьными требованиями) - 30 чел., 22,5%.

Самым высоким образовательным уровнем обладали лица с истерическими чертами характера (высшее и незаконченное высшее 66,7%, среднее 33,3%). Затем следовали больные контрольной группы и астенического круга (высшее и незаконченное высшее 29,3 и 33,3%, среднее 70,8 и 66,7% соответственно). Самый низкий образовательный уровень был в группах лиц неустойчивого и стенического круга (незаконченное среднее 20,0 и 15,1%, среднее 62,5 и 69,7%, незаконченное высшее и высшее 17,5 и 15,1% соответственно).

Больные с личностными расстройствами имели более низкий образовательный уровень: незаконченное среднее образование у них

отмечено в 3 раза чаще, чем у остальных (14,9 и 4,3% соответственно), а высшее - в 2 раза реже (20,4 и 37,8% соответственно).

Анализ данных по трудовой занятости не дал статистически достоверных различий как между типологическими группами, так и между больными с различной глубиной личностных расстройств. Из 27 чел. (20,3 % всех обследованных) большинство было или занято в сфере бизнеса, или лишь числилось на рабочих местах.

Таким образом, у больных с коморбидной личностной патологией по сравнению с остальными обнаружены более высокие уровни наследственной отягощенности по алкоголизму и пограничным психическим заболеваниям, перинатальной отягощенности; у них также чаще встречалось неправильное воспитание (носившее различный характер у каждого типа личности). В детском возрасте этих больных отличали аффективная лабильность и импульсивность (особенно пациентов стенического и истерического круга), или конформное поведение (неустойчивых), или ограниченность эмоциональных контактов (больных астенического круга). Пубертатный криз протекал у них дисгармонически; успеваемость в школе была более низкой, так же, как и уровень образования (особенно у больных неустойчивого и стенического круга). Перечисленные факторы можно считать факторами риска для развития расстройств личности и последующей зависимости от алкоголя.

По всем приведенным выше параметрам между группами больных с характерологическими особенностями разного типа выявлены значимые различия, отражающие становление типа индивидуального личностного реагирования.

3.2 Период злоупотребления ПАВ до развития зависимости от алкоголя

Еще на этапе, непосредственно предшествовавшем формированию алкоголизма, четко прослеживались отличия по ряду параметров (возраст

приобщения, поисковый период, ведущие мотивы и особенности употребления, развитие зависимости от психоактивных веществ) как между типологическими группами, так и между больными с наличием в преморбиде личностных расстройств и остальными.

Средний возраст приобщения к табаку и алкогольным напиткам колебался в пределах от 18 до 30 лет в разных группах и не имел достоверных различий. Однако в группах стеничных, истерических и неустойчивых личностей отмечены случаи первых экспериментов с ПАВ и в 11-12 лет. Напротив, астеники в подавляющем большинстве решались на это гораздо позже - к 16 годам.

У многих обследованных (42,2% от всех больных) наблюдался период так называемого "поискового полинаркотизма" (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991) с пробами различных веществ (алкоголь, анаша, героин, кетамин, транквилизаторы, снотворные и антипаркинсонические препараты). Он отмечен более, чем у половины больных стенического круга (69,2%), реже - у больных других групп: лиц неустойчивого круга (38,7%) и контрольной группы (38,1%), еще реже - истерического (27,8%) и астенического (23,0%) круга (табл.8). Различия достоверны с $p < 0,005$.

В результате, до сформировавшейся в дальнейшем алкоголизма, зависимость от алкоголя (начальной стадии) имели 18,3% всех обследованных. Это отмечено у 38,5% пациентов из группы лиц стенического типа, 19,4% - неустойчивого, 15,4% - астенического, 5,5% - истерического типа и 4,7% больных контрольной группы ($p < 0,05$).

Сразу следует отметить, что в дальнейшем, при развитии зависимости от алкоголя, все исследуемые лица прекращали систематическое употребление всех других ПАВ. Именно наличие на момент обращения за наркологической помощью лишь монозависимости от алкоголя и позволило включить их в настоящее исследование.

Отмечены и качественные различия этого периода. Так, лица гипертимного типа и неустойчивые расстройствами влечений как в

алкогольном опьянении, так и при одурманивании другими ПАВ, были веселы и еще более активны, чем обычно - им в наибольшей степени было свойственно эйфорическое опьянение с приятными телесными ощущениями. Транквилизаторы и снотворные пробовали «за компанию», но их тормозящий эффект не нравился. Употребление веществ, изменяющих психическое состояние, расценивалось как веселое времяпрепровождение. Развивалась скорее групповая, чем индивидуальная зависимость.

Лица эпилептоидного и возбудимого типа, со свойственными им сильными инстинктами и влечениями, быстро привыкали к алкоголю и другим ПАВ, дающим седацию. Употребление алкогольных напитков нередко принимало систематический характер; наблюдались амнестические и измененные формы опьянения с эксплозивностью, агрессивностью и разрушительными действиями. Иногда пациенты употребляли транквилизаторы в сочетании с алкоголем - как средство для усиления опьянения. Кроме того, у каждого третьего больного (30,7% от группы) наблюдались эпизоды "плотного" (многократного в течение суток), ежедневного курения анаши в течение нескольких недель с угасанием первоначального эйфоризирующего эффекта, возрастающей толерантностью и с потребностью в утренние часы курить анашу для купирования раздражительности и дисфорий. Между такими эпизодами могли быть перерывы по 1-3 месяца.

У больных истерического круга нелегко было получить объективные данные об употреблении ПАВ из-за склонности преувеличивать и драматизировать все, что с ними происходило. Они завышали дозы и алкогольных напитков красочно описывали свои ощущения от тех или иных веществ, о которых, как выяснялось впоследствии, знали лишь понаслышке. Объективно же часто отмечалась плохая переносимость крепких алкогольных напитков, сменявшиеся через определенное время эйфоризирующим, растормаживающим эффектом. В состоянии опьянения или одурманивания, которое наступало после сравнительно небольших доз,

были многоречивы, хвастливы, демонстративны. Лица этой группы стремились употреблять при удобном случае все вещества, попавшие в поле зрения, чтобы оставаться в центре внимания любым способом.

Собственно неустойчивые (патологически конформные), приобщаясь к малым дозам, послушно следовали за компанией, с которой общались, и, как правило, долго не обнаруживали какой-либо предпочтительности. Чаще всего употребляли то, что удавалось достать. Более того, даже если на один из видов веществ наблюдалась негативная реакция, при следующем коллективном употреблении они повторяли прием.

У больных из группы астенических личностей алкоголь, как правило, вызывал отвращение. Астениками крепкие напитки были физически плохо переносимы; к тому же, в алкогольном опьянении настроение у них нередко не повышалось, а, наоборот, снижалось (наблюдалось опьянение с депрессивным аффектом). Пациенты этой группы употребляющие алкогольные напитки в ряде случаев (23,1%), предпочитали курение анаши. В состоянии одурманивания гашишем появлялось не только приподнятое настроение, но и уверенность в своих силах. К экспериментам с другими ПАВ сами не стремились, но если употребить алкоголь или наркотик предлагали значимые для больных люди, часто не могли отказаться из-за страха быть отвергнутыми приятелями, оказаться слабее других, потерять уважение.

Для шизоидов алкоголь в малых дозах выступал в роли "коммуникативного допинга" (они выпивали перед ситуациями, связанными с необходимостью активного общения). Те больные из группы лиц астенического типа, у которых развилась своеобразная психическая зависимость от алкоголя (похожая на навязчивости), принадлежали именно к сенситивным шизоидам, а не к собственно астеникам.

У лиц, вошедших в контрольную группу, изначально не возникало потребности изменять для чего-либо свое психическое или физическое состояние. Но при соответствующих микросоциальных условиях

(стимулирующих и пропагандирующих употребление алкоголя и других ПАВ) они начинали и выпивать. Опынение, и одурманивание носило вначале неприятный, а затем, по мере привыкания, эйфоризирующий характер.

Таким образом, на этапе знакомства с алкоголем и приобщения к ним у обследованных больных выявлены различия, обусловленные как типом личности, так и выраженностью личностных особенностей (акцентуация или расстройство личности). Эти различия выражались в качественных особенностях поискового периода, характерной картине опьянения или одурманивания, в частоте выявления в группах случаев "поискового полинаркотизма", зависимости от алкоголя (три последних фактора чаще обнаруживали лица с психопатией, из них - больные стенического и неустойчивого круга).

Выделены основные мотивы приобщения к алкоголизму, ведущими из которых у всех больных были гедонистические. К ним присоединялись: атактические мотивы у пациентов возбужденного, эпилептоидного и астенического типов, субмиссивные - у конформных, отчасти, у астеников и больных контрольной группы, мотивы гиперактивации - у больных гипертимного типа и неустойчивых с расстройствами влечений.

Подводя итог, можно сделать вывод, что фактором риска для развития алкоголизмом являлось наличие в анамнезе сочетания психопатии стенического или неустойчивого типа с наличием периода "поискового полинаркотизма", а также с предшествующей зависимостью от алкоголя .

3.3 Клинические особенности течения алкоголизма

Этап эпизодического употребления алкоголя

Результаты клинических наблюдений выявили существенные различия как в начальных мотивах, так и в обстановке вовлечения в наркотизацию пациентов разных групп, что было подтверждено статистическим анализом с высокой достоверностью ($p=0,002-0,0005$).

Фактором, отражающим наличие или отсутствие актуальной потребности изменения своего состояния и степень зависимости от мнения окружения, являлся интервал времени от того, как алкоголь становился доступным, и до первой пробы самим пациентом. Под доступностью алкоголя понималось следующее: часто появлялся в кругу близких знакомых, средства позволяли приобрести его, и присутствовала иллюзия безнаказанности употребления.

Этот интервал значительно отличался в разных группах. Для неустойчивых и гипертимных он практически равнялся нулю, и первые пробы происходили, как только новый алкоголь появлялся в поле зрения. Сомнения - пробовать или нет - отсутствовали. Главными причинами назывались: желание не отстать от группы (в 50,0% случаев) и поиск новых ощущений (47,5%). Первые пробы наркотиков проходили или с приятелями из больших и неструктурированных компаний (72,5%), или вообще со случайными знакомыми (17,5%).

Для возбудимых и эпилептоидных личностей этот интервал составлял от недели до месяца. Нередко (12,2%) они начинали употреблять алкоголь для снятия чрезмерной возбудимости или купирования дисфории в постинтоксикационном состоянии после злоупотребления алкоголем. В 51,5% случаев - искали более сильные ощущения ("круче алкоголя ничего не бывает"), а в 36,4% случаев, являясь лидерами групп, не могли себе позволить оказаться "слабее" других. Наркотизация начиналась не только в своей постоянной (51,5%) или случайной (24,2%) компании, но и в криминальных группах (9,1%), и в неформальных молодежных объединениях (6,1%).

Лица с истерическими личностными особенностями, постоянно претендовавшие на повышенное внимание, не только сразу же начинали употреблять алкоголь, как только он становился доступным, но часто являлись сами инициаторами поиска и покупки алкоголя (чужими руками).

Главное - быть впереди всех в погоне за острыми ощущениями (в 61,9% случаев), а не только не отставать от группы (33,3%). Лишь 1 больной (4,8%) начальным мотивом употребления алкоголя назвал разрешение внутреннего конфликта, но он, как выяснялось, имел причиной неудовлетворенные притязания на особое отношение. В самом начале употребление алкоголя происходило чаще в постоянной компании (66,7%), но в каждом 4 случае (23,8%) и среди совсем малознакомых людей.

Самым длительным - до года - период от появления алкоголя до первой пробы был у астенических личностей и в контрольной группе. Только убеждение в мнимой безвредности наркотика и постоянные предложения со стороны значимых для них людей приводили к первому употреблению. Для астеников наиболее актуальным являлось разрешение внутреннего конфликта (в 40,0% случаев), меньшее значение имел поиск новых ощущений (33,3%) и опасность выпасть из значимой группы (26,7%). Наркотизация всегда начиналась в психологически надежной обстановке: среди давно знакомых (73,3%) или с одним другом (26,7%).

Лица контрольной группы причиной начала употребления алкоголя называли поиск новых ощущений (в 58,3% случаев), желание не отстать от группы (33,3%) и разрешение внутреннего конфликта (8,3%). Вовлечение в алкоголизацию происходило в постоянной компании в 75,0% случаев, с одним другом в 25,0% случаев. Необходимо отметить, что продолжение употребления алкоголя в контрольной группе происходило только при условии его постоянной доступности. На начальном этапе приобщения к алкоголю эти пациенты самостоятельно активный поиск не вели.

Между больными с акцентуацией и психопатией на этом этапе тоже имелись определенные различия ($p=0,03$). Разрешение внутреннего конфликта в качестве причины первых проб называлось пациентами с психопатией в 3 раза чаще (15,6 против 5,8% лиц с акцентуацией). Вовлечение в наркотизацию в неформальных и криминальных группах было характерно только для психопатизированных лиц. Начало алкоголизации в

случайной компании встречалось среди них в 2 раза чаще (20,3 против 11,6% у акцентуантов), а с одним постоянным другом, напротив, в 3 раза реже (4,7 против 17,4% у акцентуантов).

Первая проба алкогольного опьянения у психопатизированных личностей в 2 раза чаще (33,3 против 16,9% у акцентуантов, $p=0,04$). В группе больных истерического круга 45,0% пробовали алкоголь, находясь в состоянии алкогольного опьянения, в группе неустойчивых - 27,0%, в группе стеничных - 25,0%. Реже всего первая проба алкоголя на фоне алкогольного опьянения происходила у больных астенического круга и в контрольной группе - 13,3 и 13,0% соответственно. В целом 73,0% всех обследованных впервые пробовали алкоголь, находясь в трезвом состоянии.

Практически всегда (за исключением случаев употребления алкоголя на фоне выраженного алкогольного опьянения) первые несколько проб сопровождались характерными сомато-вегетативными проявлениями токсического характера «защитными реакциями», по И.П.Пятницкой, 1994): кожным зудом, тошнотой, иногда - рвотой, повышенной сонливостью, головокружением, легкой головной болью, неопределенным дискомфортом. У пациентов из группы стенического круга эти ощущения сопровождали 1-2 первых пробы, неустойчивого и истерического круга и контрольной группы 2-4 пробы, астенического круга - до 6 проб.

В дальнейшем картина алкогольной интоксикации (F10.00) становилась достаточно характерной и включала в себя короткий период интенсивной эйфории и расходящихся по телу волн приятного тепла, которые сменялись расслабленностью, чувством блаженства и покоя, после чего мог наступить сон. Перечисленные признаки острой интоксикации (длительностью до 8-12 часов) выявлялись как в периоде злоупотребления алкоголем, так и в I стадии зависимости.

В клинической картине острой интоксикации имелись некоторые отличия у пациентов разных групп. Так, у личностей астенического типа между первичными яркими сомато-психическими ощущениями и

последующим состоянием удовлетворенности и покоя отмечался глубокий с ; продолжительностью до 1 часа. У личностей возбудимого и эпилептоидного типа, напротив, сон в структуре острой интоксикации не возникал. Больные стенического круга в наибольшей степени испытывали интенсивные, запоминающиеся соматические переживания. Лица истерического круга описывали появление у них в состоянии интоксикации грезоподобных фантазий и визуализации желаемых представлений. Шизоиды в качестве особенно приятных переживаний упоминали элементы дереализации (восприятие окружающего отстраненно, словно "сквозь дымку", а себя - свободным и "отдельным от всего мира").

Указанные эффекты были очень привлекательны для всех обследуемых. Происходило быстрое сужение круга употребляемых ПАВ - основным становился алкоголь.

Первая стадия зависимости

Определен средний возраст начала систематической алкоголизации: у стеничных 20 лет, астеничных - 21,5 год, неустойчивых - 18,7 лет, истериков - 19,3 лет, в контрольной группе 21 год. Невзирая на сравнительно небольшой разброс данных, разница по группам в среднем возрасте высоко достоверна ($p=0,006$).

Таблица 6

Изменения толерантности и средний возраст начала систематической алкоголизации

Группы	Максимальная доза,г/сутки	Срок установления "плато", месяцы	Возраст, годы
Стеничные	0,75 - 2	3-4	20
Астеничные	0,1-0,3	4-6	21,5
Истерики	0,25 - 1	3-4	19,3
Неустойчивые	0,75 - 2	3-4	18,7
Контроль	0,5 - 0,7	4-6	21

Патологическое влечение к алкоголю начинало формироваться с исчезновением первичных защитных реакций. Вначале оно возникало как ситуационно, так и спонтанно, носило характер навязчивой идеи, выражалось в воспоминаниях, о чувствах, переживаемых в интоксикации, и существенно влияло на фон настроения. Способность регулировать свое поведение, невзирая на потребность в алкоголе, еще сохранялась.

Актуализации влечения могли способствовать как неприятные переживания, стрессовые ситуации (для лиц истерического, астенического, возбуждимого, эпилептоидного типов), так и наоборот, радостные, положительные переживания (для гипертимных и неустойчивых с расстройствами влечений). На данном этапе становления зависимости сильные эмоциональные переживания различной окраски, интенсивные физические нагрузки или наличие серьезных препятствий в приобретении алкоголя еще могли полностью дезактуализировать влечение. Все перечисленное соответствует влечению обсессивного типа.

Но даже если влечение было неосознанным, о его формировании свидетельствовали многие косвенные признаки. Так, при пропуске очередного приема наркотика развивался психический дискомфорт, типологически связанный с преморбидными личностными особенностями. У возбуждимых, эпилептоидных, истерических личностей развивалось депрессивно-дисфорическое состояние с аффективными вспышками. Лица из подгрупп гипертимных и неустойчивых с расстройствами влечений обнаруживали беспокойство, несобранность и раздражительность. У астеников, патологически конформных и лиц контрольной группы к снижению настроению присоединялась аффективная лабильность, снижение побуждений и апатия (признаки были сильнее выражены у лиц астенического типа). У шизоидных личностей наблюдалось легкие дереализационные расстройства.

Через несколько часов такого дискомфорта появлялись мысли о необходимости употребить алкоголь. Эти мысли становились все более

отчетливыми, интенсивными, все сильнее охватывали больных, присутствовали постоянно как бы "на втором плане", чем бы они ни занимались. Если алкоголь достать не удавалось, в течение 2-5 дней интенсивность влечения и психического дискомфорта уменьшалась, отчасти облегчаясь при курении анаши.

Рост толерантности существенно различался в разных группах. Наиболее стремительным он был у стеничных, нестабильным - с повышениями и понижениями в зависимости от внешних обстоятельств - у неустойчивых и истерических личностей, плавно нарастающим - в контрольной группе и у астенических личностей. Максимальная толерантность устанавливалась позже, на II стадии.

Динамика личностных особенностей. На этапе злоупотребления ПАВ, а тем более, при развитии I стадии зависимости, личностные особенности начинали претерпевать изменения в сторону их заострения в соответствии с преморбидным типом (реакции, однозначные типу личностного реагирования).

У больных возбудимого типа усиливалась взрывчатость, а у эпилептоидов - и спонтанные колебания настроения (тоскливо-раздражительного оттенка). Активность и стеничность окрашивались эгоцентризмом и проявлениями жестокости. Желание "разрядиться" приводило к учащению конфликтных ситуаций, к которым больные стремились сами. У гипертимных отмечались спонтанные колебания настроения в сторону его повышения, с интенсивной психомоторной активностью и уменьшением времени сна.

На первое место у лиц с истерическими чертами характера выходило постоянное ощущение нехватки внимания к себе, учащались и аффективно насыщались собственно истерические реакции. Претензии на особое отношение выливались то в самовозвеличивание, то в поиски сочувствия к себе. Неустойчивые становились более внушаемыми, ведомыми, теряли и до того недостаточный контроль над собой в вопросах учебы или работы.

Возрастающая раздражительная слабость и тревожная мнительность выходили на первый план у астеников. У сенситивных шизоидов усиливались сочетание повышенной чувствительности в отношении себя с холодностью к близким, ундулирующая замкнутость, а также появлялись навязчивые страхи, по своей фабуле связанные с алкоголизацией: например, боязнь быть уличенным родственниками или посторонними людьми, боязнь быть задержанным милицией, страх разрушения семейных или производственных отношений и т.д.

Больные контрольной группы в описываемый период обнаруживали нарушение способности концентрировать внимание, нехарактерную для них ранее вспыльчивость, снижение интереса к работе и учебе, ослабление интереса к социально-значимым целям, появление безответственности.

Постепенно все более выявлялось несоответствие между интенсивностью раздражителей и силой реакции больных. Нарастающая дестабилизация психической деятельности требовала псевдокомпенсации в виде ПАВ, а они, со своей стороны, давая временное облегчение, усиливали эту дестабилизацию (что особенно ярко проявлялось у психопатических личностей). "Порочный круг" психической зависимости замыкался.

Длительность I стадии составляла: у пациентов с личностными особенностями стенического круга - 3-4 недели, неустойчивого и истерического круга - около 4-6 недель, астенического круга - до 8-12 недель ежедневного употребления. В контрольной группе длительность I стадии колебалась от 4 до 8 недель и зависела от интенсивности употребления (чем чаще было употребление, тем I стадия была короче).

Достоверно ($p=0,03$) различалось количество приемов алкоголя (вычисленное как среднее по группам), после которого формировался абстинентный синдром. Оно варьировало от 21,0 раз у больных стенического круга, 21,7 - истерического, 22,0 - неустойчивого круга до 27,8 у больных контрольной группы и до 34,6 у больных астенического типа.

Вторая стадия зависимости - (средняя) стадия зависимо (F 10.24)

характеризовалась, во- первых, обязательным наличием всех признаков, присущих I стадии, и, во- вторых, присоединением следующих (по МКБ-10):

При систематической алкоголизации с течением времени практически все обследованные отмечали постепенное угасание приятных сомато-психических переживаний в интоксикации: уменьшалась их длительность, значительно снижалась интенсивность.

Патологическое влечение в этот период достигало у всех уже гораздо большей интенсивности: больные активно и бескомпромиссно стремились к его реализации, никакие социально-этическое нормы и иные препятствия не принимались во внимание. Отмечалась охваченность влечением, которое полностью подчиняло себе всю личность больных, становилось доминирующим, вытесняло голод, жажду и потребность в сексуальных контактах. Желание становилось настолько интенсивным, что не управлялось волей и сознанием, полностью обуславливало эмоции и поведение, подавляло противоборствующие мотивы. Перечисленное соответствует влечению компульсивного типа.

В типологических группах выявлены следующие особенности ($p=0,002$). Лица астенического круга и контрольной группы в подавляющем большинстве знали "свою дозу". В 70,8-73,3% случаев влечение в периоды воздержания можно было характеризовать как навязчивое, осознаваемое, с борьбой мотивов (обсессивное), в 26,7-29,2% случаев оно становилось неодолимым (компульсивным).

У лиц истерического и неустойчивого круга критическое отношение к своему состоянию отсутствовало. Влечение в периоды длительного воздержания гораздо чаще достигало степени компульсивного (47,6% и 42,5% соответственно). Борьба мотивов возникала лишь изредка.

Наиболее интенсивно было выражено влечение у больных стенического круга. Именно в этой группе были нередки случаи многократного, повторного в течение суток употребления алкоголя, невзирая на достаточно сильное переживание. Во время долгих перерывов в

алкоголизации чаще, чем в других группах, отмечено компульсивное влечение (в 66,7% случаев). Возникающее быстро и мощно абстинентное состояние вело к стремительному обострению влечения. В 3 случаях (9,1%) в структуре отмечены чрезвычайная сила побуждения, императивность в реализации, осуществление на фоне суженного сознания, что было расценено как влечение импульсивного типа.

Передозировки у акцентуированных больных наблюдались немного реже (26,5%), чем у психопатизированных (34,9%). Количество таких случаев и их частота может косвенным образом свидетельствовать о разной степени нарушения как количественного, так и ситуационного контроля у больных разных групп.

Степень выраженности симптоматики была тесно связана со многими факторами: количества алкоголя, длительностью непрерывной предшествующей наркотизации и др., но при прочих равных условиях прослеживались и отличия, связанные с типом личности больных.

Наиболее тяжелые сомато-вегетативные и алгические проявления наблюдались в группе стенических личностей, средней степени тяжести - в группах истерических и неустойчивых личностей и в контрольной, менее тяжелые - в группе астенических личностей.

Кроме того, в группах имелись еще следующие особенности. У лиц астенического круга был отмечен аналог алгического синдрома - парэстезии (ощущения, которые больные сравнивали с "шевелиющимися червячками" в суставах, "мурашками" и зудом под кожей) в отличие от "выламывания" и "выкручивания" в мышцах, суставах и позвоночнике у других больных. Повышение температуры у лиц стенического круга было более высоким (до 38,5°C), но тянулось недолго, 2-4 дня. У астеничных, наоборот, температура не поднималась выше 37,8°C, но субфебрилитет держался до 3 недель, сопровождаясь периодическим легким познабливанием и потливостью.

После купирования острых абстинентных расстройств проходило от 1-2 (у пациентов стенического круга) до 3-4 (у пациентов астенического круга)

дней относительного благополучия до развития псевдоабстинентного синдрома. У неустойчивых и истерических личностей длительность переходного периода варьировала от 1 до 4 дней. В это короткое время (в так называемый период "мнимого благополучия") полностью исчезали соматовегетативная и болевая симптоматика, нарушения сна, улучшалось настроение, и даже появлялся некоторый прилив сил (кроме больных астенического круга).

У возбудимых и epileptoидных личностей нарастали психомоторное возбуждение, негативизм, брутальность (у 93,7% больных группы), дисфоричность (57,6%), тревожная напряженность, страх перед бессонницей, абстинентными болями, будущим вообще (72,7%). Аффективные реакции приобретали импульсивный характер, нередко заканчивались агрессивными действиями в отношении окружающих (чаще у акцентуантов) или аутоагрессией (чаще у больных с психопатией). Возбудимым были присущи эксплозивные реакции, а epileptoидам - плохо корригируемые вязкость и ригидность как мышления, так и аффекта.

Реакции больных истерического круга сводились к постоянному недовольству и раздражительности (у 95,0% больных группы), к тревоге (57,1%), к требованию особого, "более чуткого" отношения, к многократным жалобам на "невыносимые" переживания и "депрессию" (57,1%). Когда их расспрашивали об этой "депрессии", со слезами на глазах жаловались на "ужасную" тяжесть в груди, тоску, "пустоту и никчемность жизни", говорили, что "весь мир поблек", стал серым или черным. В период острых нарушений пациенты (особенно с личностными расстройствами) ярко демонстрировали мнимые обмороки, потерю голоса и кожной чувствительности, нарушения координации движений и астазию-абазию, которые проявлялись "театрально" - с расчетом на зрителей.

У больных неустойчивого круга преобладали раздражительность, дисфоричность (в 82,5% случаев), угнетенность (62,5%) и неопределенная тревожность в вечернее время (52,5%), у части больных (особенно

патологически конформных) - безразличие и апатия (65,0%). Поведенческие реакции во многом определялись окружением: при наличии в окружении "отрицательного лидера" пациенты этой группы были склонны к любым нарушениям, а при жестких условиях и положительной установке окружающих вполне подчинялись ограничениям.

У больных астенического круга на первый план выходили адинамия, резкое снижение физического и психического тонуса до полной анэргии (в 73,3% случаев), мнительность, слезливость, подавленность с ощущением тяжести в груди (80,0%), страх и тревога (46,7%) - как конкретно направленные, так и беспредметные, стойкие навязчивые идеи самообвинения или, напротив, равнодушие ко всему. Раздражительная слабость отмечалась у 73,3% больных.

У шизоидных личностей наряду с умеренно сниженным настроением и ангедонией отмечено чувство дереализации, в одном случае - деперсонализации легкой степени. Больные вели себя отчужденно, замкнуто, общались формально. Настроение свое определяли как "плохое" или "никакое" ("отсутствие настроения"). В периоде острых нарушений стремление к общению отсутствовало; спустя 2-3 недели, когда состояние больных становилось лучше, при целенаправленных расспросах удавалось выяснить, что в период абстиненции испытывали чувство нереальности происходящего, "не своей жизни", с трудом понимали смысл задаваемых вопросов, видели окружающее словно "за стеклом аквариума" - отдаленным, тусклым.

В контрольной группе и в подгруппе гипертимных личностей психопатологический компонент абстинентного и псевдоабстинентного синдромов по сравнению с другими был минимально выражен и включал в себя пониженный фон настроения (50,0%), легкое беспокойство (41,7%), периодическую смену умеренно выраженной раздражительности (54,0%) или апатии (54,2%). У гипертимных личностей в период псевдоабстинентного синдрома актуализация влечения происходила на фоне приподнятого, а не сниженного настроения, двигательного оживления, некоторого ускорения

мышления, неустойчивости внимания - такое не наблюдалось ни в одной другой подгруппе.

Описанные выше индивидуальные особенности психопатологического компонента абстинентного и псевдоабстинентного синдромов разворачивались на фоне резкого обострения влечения к изменению своего психического состояния и сопровождались явственными, красочными, неотступными мыслями о введении героина. Больные навязчиво разглядывали свои вены, переживали их. Тем не менее, даже при значительной выраженности влечения, в этот период осознавали его далеко не все больные (73,3% пациентов астенического круга, 72,7 - стенического, 71,4 - истерического, 70,8 - контрольной группы, меньше всех - неустойчивые - 62,5). Остальные же категорически настаивали, что никакой "тяги" у них нет.

В структуре обострения влечения у преморбидно психопатизированных больных в ряде случаев встречался и феномен самоповреждающего поведения. Акты самоповреждения происходили на высоте обострения влечения, на фоне аффективно суженного сознания и впоследствии частично запамятовались.

Этап ремиссии. Анализ ремиссий обследованных больных выявил достаточно выраженные различия между группами, как в количественном, так и в качественном отношении. Понятие ремиссии включало полное воздержание от алкоголя отсутствие систематического злоупотребления другими ПАВ, возможный прием психотропных препаратов, назначенных врачом (первые два месяца - в виде основного курса лечения, далее - при необходимости поддерживающей терапии). Становление ремиссии считалось с момента купирования острых сомато-вегетативных расстройств и дезактуализации выраженного влечения к наркотику (по В .Б. Альтшулеру с соавт., 1989). У наблюдавшихся больных этот момент наступал не ранее третьей недели лечения. Первые 2 месяца воздержания от ПАВ в связи с нестабильностью состояния пациентов обозначался как период неустойчивой

ремиссии. Вслед за этим в случае положительной клинической динамики наступал период устойчивой ремиссии.

Сначала рассмотрим те перерывы систематической алкоголизации (от 1 месяца и более), которые были до нашего обследования ($p=0,06$), известные из анамнестических данных. Чаще всех обращались за медицинской помощью в разные учреждения, лечились на дому или пытались прекратить употребление самостоятельно больные истерического (55,5% от группы), неустойчивого (51,6%) и астенического типа (46,2%). Но перерывы в злоупотреблении у них были достигаемы только в половине случаев (22,2, 32,2 и 23,1% от общего числа больных в каждой группе соответственно).

Пациенты со стеническими чертами характера и лица контрольной группы лечились реже (38,5 и 38,1% больных от группы соответственно), но положительного результата добивались гораздо чаще (30,7 и 33,3% от общего числа больных в каждой группе соответственно). Особенностью больных контрольной группы (в 45,8% случаев) были неоднократные попытки прекратить наркотизацию самостоятельно без медицинской помощи ("переломаться насухо"), которые заканчивались воздержанием от 2 месяцев до 4 лет, что не наблюдалось в других группах.

Из больных с психопатиями, обращавшихся за медицинской помощью (51,8% всех больных с психопатиями) хотя бы непродолжительных ремиссий добивалась только половина (26,7% всех больных с психопатиями). У больных без психопатий лечение (38,9% всех больных без преморбидных личностных расстройств) заканчивалось перерывом в употреблении героина существенно чаще (31,5% всех больных без преморбидных личностных расстройств).

Пациенты с наличием коморбидных личностных расстройств возобновляли систематическое употребление алкоголя на ранних сроках чаще (61,1%), чем не имевшие этих расстройств (47,0%), а дольше года воздерживались почти одинаково часто (14,1 и 11,6% соответственно).

Многие больные на протяжении срока наблюдения повторно обращались за медицинской помощью в связи со срывом ремиссии, с возобновлением систематического злоупотребления алкоголем. Повторные курсы лечения проходили в среднем 64,4 % больных (лица с психопатией 66,6%, без нее - 60,0%). Чаще всех обращались пациенты с преморбидными личностными особенностями истерического круга (83,3%), реже всех - больные контрольной группы (52,4%, $p=0,004$).

Из изложенного следует, что проведенная сравнительная оценка длительности ремиссий позволяет утверждать, что тип акцентуации или расстройства личности оказывают на нее существенное влияние. Наименьшая длительность ремиссий отмечается у больных стенического и неустойчивого типов, наибольшая (в том числе продолжительностью свыше одного года) - у пациентов с астеническим, условно-гармоничным и истерическим характерологическим складом. Однако на длительность ремиссий и их качество может оказывать влияние не только проведенное лечение, но и значительные различия социальных условий, в которые возвращались после лечения больные, и многие другие факторы. От личностных особенностей, скорее, зависят качество ремиссий, а также направленность медицинской и социальной помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации.

По психопатологическому оформлению ремиссии у обследованных больных имели много общего. В первые 1-1,5 мес. воздержания от алкоголя почти у всех пациентов выявлялись диссомнические расстройства (как бессонница, так и повышенная сонливость), общая астенизация, субдепрессивный фон настроения с тревожностью, дисфорией или подавленностью и апатией, раздражительность, снижение работоспособности (по 90,5-96,9% пациентов в типологических группах); больные постоянно отмечали скуку и нехватку острых ощущений. В контрольной группе эти жалобы встречались несколько реже (в 79,2% случаев). Кроме того, наблюдались также неспецифические сомато-неврологические дисфункции

(приступы сердцебиения, легкие колебания артериального давления, периодическая потливость и зябкость, тремор, мышечная слабость, исчезновение аппетита) и неопределенные, плохо локализуемые физические недомогания.

Влечение к алкоголю оставалось актуальным достаточно длительное время. Пациенты с продолжительностью ремиссий свыше года отмечали полное его угасание только спустя 10-11 месяцев после прекращения злоупотребления.

По периодичности возникновения в ремиссии выделялось влечение постоянного и периодического типов. В первом случае оно присутствовало без перерывов, как бы на "втором плане", в виде мыслей и воспоминаний, о ситуациях, связанных с употреблением, в виде непроизвольно появляющегося сожаления о перемене образа жизни. Обострения влечения, происходившие на этом неблагоприятном фоне, имели затяжной, упорный характер, трудно дезактуализировались и быстро приводили к срывам ремиссий.

Другой тип влечения - периодический - характеризовался наличием между обострениями "светлых промежутков", во время которых ни мысли, ни воспоминания, ни сожаления о наркотиках не появлялись. Частота обострений могла быть различной - от ежемесячной до 1 раза в три месяца.

По частоте встречаемости одного и другого видов влечения в типологических группах достоверных различий не выявлено, но имеются отличия между больными с личностными расстройствами и без них (рис. 18). У пациентов с психопатиями постоянное влечение отмечалось в каждом третьем случае (34,4%), у остальных - в каждом четвертом (25,0%). Периодически обостряющееся влечение у больных с психопатиями наблюдалось реже (65,6%), чем у остальных (75,0%). Разброс данных невелик, но высокая достоверность результатов ($p=0,0007$) позволяет выделить их как значимую тенденцию, подтверждающую наличие более

интенсивного влечения к героину у больных с коморбидной личностной патологией.

Между больными с преморбидно существовавшей психопатией и без нее достоверных различий в частоте встречаемости того или иного вида обострения влечения не обнаружено. Это свидетельствует, что вид обострения влечения обусловлен скорее типом личностного реагирования, чем глубиной личностных расстройств до развития зависимости.

При обострениях влечения в ремиссиях наблюдалась полиморфная симптоматика, как неспецифическая, присущая в разнообразных соотношениях практически всем, так и специфическая, обусловленная типом личностного реагирования.

К неспецифической симптоматике, оформлявшей обострения влечения, относились: повышение раздражительности (от 54,2 до 93,7% больных в разных группах), лабильность настроения (66,7-83,3%), осознанное желание (62,5-73,3%), апатия (33,3-73,3%), угнетенность (50,0-80,0%), тревожность (41,7-72,7%), снижение работоспособности (86,7-96,8%), поиск заменителей (40,0-85,7%), установление контакта с прежними партнерами (79,2-92,5%).

Специфическая симптоматика существенно различалась в разных типологических группах, т.к. была связана с индивидуально непереносимыми стрессовыми ситуациями, когда влечение возникало после периода индивидуального для каждого типа личности психического дискомфорта.

У больных с возбудимыми чертами характера актуализация влечения к ПАВ имела зависимость от периодически возникавшей раздражительности, стремления к конфликтам. Нормализация психического состояния, если и имела место, то только на отдаленных сроках (свыше 9 месяцев воздержания). Длительное время под воздействием даже незначительных поводов больные давали вспышки гневливости с недовольством окружающими, придирчивостью. Конфликты, ссоры могли приносить временное облегчение.

Состояние больных с эпилептоидным складом характера омрачалось спонтанными дисфориями с угрюмостью, внутренним беспокойством, ощущением бесперспективности, раздражительностью, тоскливостью. Конфликты, возникавшие у этих больных, в отличие от возбудимых, не приносили им разрядки.

У пациентов гипертимного типа влечение к наркотикам обострялось на фоне гипоманиакального состояния (приподнятое настроение, ускоренное течение мыслей, сокращение продолжительности сна, повышенное стремление к деятельности с разбросанностью).

В целом, у больных стенического круга, вне зависимости от принадлежности к подгруппам, в ремиссии периодически наблюдалась бессонница, психомоторное возбуждение, булимия с неразборчивостью в еде, расторможенность сексуального влечения. Ремиссии пациентов неустойчивого круга отличались высокой степенью зависимости от окружающей обстановки. При возможности возобновить употребление алкоголя сомнения длились не более получаса. Появление влечения у лиц неустойчивого круга происходило не в постинтоксикационном состоянии (как у больных стенического круга), а в алкогольном опьянении (как и у больных истерического круга). Но в этой группе встречались и достаточно длительные ремиссии - при круглосуточном контроле со стороны родственников и пребывании в реабилитационных центрах. Вялые и подчиняемые, эти пациенты вполне выдерживали такой жесткий режим (до 2 лет подряд). Практически все это время в провоцирующих ситуациях возвращались мысли о наркотиках или об алкоголе. Нарушения сна сводились как к периодической бессоннице, так и к повышенной сонливости.

У больных из подгруппы неустойчивых с расстройствами влечений после нескольких лет систематического употребления героина вследствие снижения энергетического потенциала значительно снижались и влечения. При срыве ремиссии, невзирая на обострившееся постоянное стремление к одурманиванию, наркотизация становилась систематической только при

условии легкого доступа. Из-за значительного уменьшения волевых способностей употребление могло быть и нерегулярным, а дозы - нестабильными.

Ремиссии астеников были двоякого рода. Если удавалось купировать затяжные вегетативные расстройства, тревожную субдепрессию и собственно астенический синдром, то при адекватной поддержке близких, сохранной социальной адаптации и посильной регулярной трудовой деятельности ремиссии длились до 1,5 лет. Если же хотя бы одно из перечисленных условий отсутствовало, быстро нарастала дестабилизация психической деятельности с выраженными тревожно-депрессивными расстройствами, идеями самообвиняющего или ипохондрического характера, что приводило к обострениям влечения. Навязчивое, постоянное, с мучительной борьбой мотивов, оно редко заканчивалось обращением за медицинской помощью, чаще через 7-10 дней следовал срыв. Обострениям влечения часто предшествовал период не бессонницы, а, наоборот, повышенной сонливости и общей слабости. Срывы ремиссий сопровождались угрызениями совести, самобичеванием, обвинениями себя в бесхарактерности; приносимая эйфория помогала ненадолго облегчить эти страдания, но по ее миновании они возвращались с новой силой и активно поддерживали актуальность влечения. Систематизация употребления происходила сразу же, но дозы возрастали медленно или оставались стабильно невысокими.

Ремиссии шизоидов сопровождались аутистической оторванностью от внешнего мира и эмоциональной дисгармонией. Периодически (примерно раз в 2-4 месяца), без видимых причин появлялись и усиливались недифференцированное напряжение и общий необъяснимый дискомфорт, которые приводили к мыслям об алкоголе. Наблюдавшиеся у наших больных срывы ремиссий имели только эндогенный характер и не зависели от окружающей обстановки. Имелось и еще два существенных отличия от всех других больных. Во-первых, из аффективных нарушений, сопровождавших

обострение влечения, выявлялась только ангедония. И, во-вторых, у всех наблюдавшихся отмечены периоды злоупотребления алкоголем (от 3 дней в неделю до 1 месяца подряд).

Самые устойчивые ремиссии (и терапевтические, и спонтанные) наблюдались у пациентов контрольной группы. Этому способствовали достаточно раннее обращение за лечением, сохранность критических способностей, легкие, иногда abortивные, формы психопатологических расстройств, чаще выявляемые позитивные социальные установки, более выраженное стремление к реадaptации. Собственно обострения влечения предварялись и сопровождались разнообразной симптоматикой: здесь были как повышение, так и снижение настроения, как бессонница, так и повышенная сонливость. Усиление желания отмечалось как на фоне алкогольного опьянения, так и в постинтоксикационном состоянии.

В контрольной группе отмечались срывы ремиссий двух типов. Если больные имели свободный постоянный ежедневный доступ, перерывов в наркотизации даже после проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий невозможно было добиться; стремительно обостряющееся влечение приводило к быстрому возрастанию доз и возвращению к ежедневному употреблению. У ряда больных, у которых не было постоянного доступа, наоборот, наблюдался период длительностью до 2-4 месяцев, во время которого они могли периодически 1 раз в 5-7 дней, за которым вновь наступала систематизация употребления.

Основной тип личностного реагирования (стенический, астенический, истерический, неустойчивый) сохранялся и по миновании расстройств, связанных с алкоголизмом. Но перенесенное заболевание, даже если к нему не было возврата, оставляло свой след в виде латентных, сглаженных, выявляемых при целенаправленных расспросах изменений в эмоциональной и волевой сфере. К ним относились: беспричинные неглубокие снижения настроения, нередко принимавшие затяжной сезонный характер; уменьшение способности прикладывать волевые усилия для достижения целей,

нежелание ставить эти цели перед собой; ощущение некоторой дефицитарности жизни (нехватки чего-то неопределенного). До 1,5-2 лет подряд больные отмечали снижение яркости восприятия действительности, неполноту ощущений и чувств, неспособность испытывать сильные эмоции - ни радость, ни горе. Положительная динамика этих нарушений наблюдалась только ближе к 2 годам воздержания от психоактивных веществ.

После перенесенной практически не восстанавливалось чувство привязанности к близким; отношения оставались достаточно холодными даже в тех случаях, когда больные жили в родительской семье и понимали, как много родные сделали для них. Сохранялась сосредоточенность на своих интересах - и в плане трудовой деятельности, и в плане личных отношений. Наблюдались существенные трудности в создании собственной семьи.

ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ АКЦЕНТУАЦИИ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

4.1. Дифференцированная тактика психотерапии больных алкоголизмом от типа акцентуаций и расстройств личности.

Для определения оценки эффективности дифференцированной терапии в зависимости от типа акцентуаций и расстройств личности больных разделили на две группы. Основная группа - 45 больных разделенные на три подгруппы: 1. астеничные 2. неустойчивые 3. стеничные и истероидные. Группа контроля- 20 больных также разделены на три подгруппы: 1. астеничные 2. неустойчивые 3. стеничные и истероидные. Основной группе проводили терапию: налоксон + дифференцированно: Астеничные: неулептил; неустойчивые: антидепрессант стимулятор; стеничные и истероидные: стимулятор и диазепам. Группа контроля принимала только налоксон.

Пациенты основной группы принимали на фоне традиционного лечения: антидепрессанты, транквилизаторы, витамины, гепатопротекторы. Пациенты контрольной группы принимали только традиционное лечение на фоне плацебо. Терапевтическая эффективность и безопасность препарата налоксон оценивалась при помощи клинических и лабораторных методов исследования на момент начала терапии, затем на 30, 60, 90 день терапии.

Все пациенты ранее проходили курс лечения от алкогольной зависимости. В анамнезе у больных выявлены соматические заболевания. По количеству и характеру соматических осложнений в основной и контрольной группах статистически значимых различий не отмечалось. Лечение налоксоном проводилось в комплексе с реабилитационными мероприятиями. Непосредственно перед началом лечения препаратом проводилась психотерапевтически ориентированная беседа с пациентами, касающаяся особенности действия налоксона. Пациент должен понимать, что ему нельзя употреблять алкоголь на протяжении всей жизни, а прием налоксона

облегчает выполнение конкретной задачи – воздержание от наркотиков в течение наиболее трудного 1-го года.

У пациентов, которые прошли весь курс лечения без рецидивов, стабилизация психического состояния с положительной редукцией таких симптомов как нарушение сна, пониженное настроение, тревога имели место на 60 день лечения. Причем, в обеих группах эта динамика имела, одинаково выраженный характер. Влечение к наркотику и психопатоподобные расстройства в определенной степени отмечались в основной и контрольной группе на 60 и на 90 день лечения. Положительная степень редукции этих расстройств в одинаковой степени имела место в обеих группах обследованных пациентов.

Динамика соматоневрологических проявлений в структуре постабстинентных состояний при применении налоксона имела положительный вектор. Такие проявления, как колебания АД, сердечно-сосудистые расстройства, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта имели полную редукцию на 60 день наблюдения в основной и контрольной группе обследованных. Причем, положительная динамика этих расстройств была в одинаковой степени выражена у больных основной и контрольной группы. Астения и неврологические расстройства редуцировались также равномерно в основной и контрольной группе, но продолжали иметь место и на 90-й день исследования.

Во время курса применения налоксона у 8 больных (из числа перенесших в анамнезе с ВИЧ-инфекцией) отмечались побочные действия как тошнота, головные боли, бессонница, сыпь, раздражительность, плохой аппетит. При снижении дозы, а именно ежедневно по 25 мг в день побочные действия исчезали.

По продолжительности ремиссии больные, употреблявшие налоксон, превосходили больных контрольной группы: ремиссия 1 год и более, установлена у 24 и 12 больных, соответственно из 1- и 2-ой групп.

Таблица 7

Сравнительная оценка результатов дифференцированного лечения больных алкоголем наркоманией в зависимости от типа акцентуаций и расстройств личности

Показатели	Группа больных				P
	Контрольная (n=20)		Основная (n=45)		
	абс.	%	абс.	%	
Досрочное прерывание программы лечения и рецидив.	31	53,4±6,5	19	30,6±5,9	P<0,05
Воздержание в течение 12 месяцев и больше	12	20,7±5,3	24	38,7±6,2	P<0,05
«Микрорецидивы» - кратковременные эпизоды употребления ПАВ с последующим возвращением в лечебную программу, из них:	6	10,3±3,9	11	17,7±4,3	P<0,05
Эпизоды злоупотребления алкоголем	1	1,7±0,9	2	3,2±2,7	P>0,05
Тенденция к употреблению транквилизаторов и снотворных средств	0	0	3	4,8±2,7	P>0,05

Таблица 8

Динамика психопатологических показателей в процессе дифференцированного лечения больных основной группы в зависимости от типа акцентуаций и расстройств личности

Симптомы	Налоксон + неулептил (I подгруппа)			Налоксон +стимулатон (II подгруппа)			Налоксон+ стимулатон+ диазепам (III подгруппа)		
	10	20	30	10	20	30	10	20	30
Сниженное настроение	2,8± 0,11	1,6±0, 13	0,3±0 ,13	2,7±0 ,13	1,5±0 ,14	0,5±0 ,14	2,9±0 ,09	1,3± 0,13	0,9±0 ,09*
Влечение к наркотику	2,9± 0,10	2,1±0, 16	1,1±0 ,16	3,0±0 ,04	2,5±0 ,14	2,1±0 ,14*	2,7±0 ,13	2,3± 0,18	1,9±0 ,09*
Нарушения сна	2,6± 0,14	1,5±0, 14	0,0	2,8±0 ,11	1,9±0 ,13	1,9±0 ,14*	2,9±0 ,09	2,1± 0,13	1,8±0 ,11*
Алгические проявления	1,2± 0,11	0,15± 0,14	0,0	1,1±0 ,10	0,9±0 ,10	0,0	1,5±0 ,13	0,8± 0,11	0,2±0 ,11
Тревога	1,9± 0,18	1,2±0, 11	0,5±0 ,14	2,1±0 ,10	1,3±0 ,13	1,0±0 ,02*	1,8±0 ,11	1,3± 0,12	1,1±0 ,09*
Дисфория	2,8± 0,11	2,5±0, 17	0,5±0 ,14	2,7±0 ,13	2,1±0 ,14	0,6±0 ,13	2,9±0 ,07	2,9± 0,09	1,1±0 ,09*

Примечание: Степень выраженности симптомов оценивалась в баллах от 0 до 3 (0- симптом отсутствует, 1-слабо выражен, 2-выражен, 3-сильно выражен). * - P<0,001.

Таблица 9

Оценка эффективности применения налоксона у больных
алкоголизмом

Показатели	Группа больных			
	Контрольная (n=13)		Основная (n=52)	
	абс.	%	абс.	%

Досрочное прерывание программы лечения и рецидив.	5	38,5	15	29
Воздержание в течение 12 месяцев и больше	3	23	23	44,2
Эпизоды злоупотребления алкоголем	1	7,7	2	3,8

Проведенный контроль биохимических показателей на фоне лечения основной группы не выявил их отрицательной динамики в группе наблюдения. Таким образом, в исследуемой группе больных не выявлено негативного влияния проводимой терапии налоксоном на состояние соматических органов.

Микрорецидивы заболевания на фоне систематического приема налоксона с последующим возвращением в лечебную программу отмечены у 11 больных алкоголизмом и у 6 пациентов контрольной группы. Применение ПАВ не вызвало у пациентов основной группы обычной эйфории, что способствовало возвращению их в программу лечения. У больных, возобновивших алкоголизацию при приеме налоксона, имела место следующая реакция: через 10-30 мин возникала общая слабость, боль в животе, понос, тошнота, реже рвота, болевые ощущения в суставах, взбудораженность, испуг, истероподобные реакции и т.д. В этих случаях больным назначали баралгин 5,0 мл в/м, реланиум внутрь. Состояние больных нормализовалось в течение суток.

Анализ причин рецидива заболевания у 19 пациентов основной группы показал, что в основном они наблюдались у больных со слабой мотивацией на лечение, выраженными акцентуациями характера, со сниженным интеллектом, социально не устроенных, оставленных без контроля за приемом налоксона. У этих больных отмечалось особенно сильное влечение к алкоголю, отсутствовал инстинкт самосохранения. При актуализации влечения пациенты начинали категорически отказываться от приёма

лекарств, в том числе и налоксона, что позволяет прогнозировать предсрывные состояния.

Следует отметить, что установить оптимальный период лечения для всех больных сложно. Минимальная продолжительность лечения, подтвержденная клиническими исследованиями - 3 месяца. Окончание лечения при отсутствии проблем со здоровьем пациента, должно быть обсуждено с ним и его родственниками или доверенным лицом. Налоксон формирует у пациентов уверенность в своих силах, выполняя функцию психологического барьера на пути приема алкоголя.

Проведение психотерапевтического сопровождения в период приема налоксона укрепляет установку пациентов на воздержание от алкоголя мобилизует их на преодоление влечения, помогает справиться с невротическими переживаниями и стрессовыми ситуациями. При применении препарата не отмечены случаи осложнений и привыкания. Побочные явления не имели серьезных последствий и проходили при снижении дозы налоксона, что не сопровождалось снижением его терапевтической эффективности. Лица, страдающие алкоголизмом и имеющие установку на отказ, на фоне приема налоксона легче переносят первые месяцы после прекращения употребления. Привлечение к процессу реабилитации родственников пациентов помогает преодолевать стрессовые ситуации, формирует адекватную систему отношений, создавая у пациентов более высокое чувство защищенности и уверенности в себе.

Таким образом, лечение препаратом налоксон может быть использовано в комплексной терапии (медикаментозная, психотерапия) больных в амбулаторной практике. Препарат налоксон благополучно переносится пациентами с осложненной соматической патологией и ВИЧ-инфекцией. Перед назначением налоксона обязательно следует проводить психотерапевтическую подготовку, которая должна осуществляться в течение всего курса лечения. Попытки отказа от приема налоксона являются предвестниками возобновления употребления больными алкоголя.

Использование препарата налоксон существенно снижает вероятность рецидивов в периоде постабстинентных расстройств пациентов алкоголя.

Следующей задачей предпринятого исследования явилось изучение терапевтической эффективности налоксона при лечении больных, алкогольной зависимостью, оценка его влияния на постабстинентные расстройства, кроме того, в основные задачи входила оценка действия препарата при возможных рецидивах заболевания, его безопасность при длительном применении.

Общее количество больных составило 76 пациентов. У всех пациентов основной и контрольной группы отмечалась алкогольная зависимость продолжительностью от 1 до 8 лет. Алкоголь пациенты употребляли в стадии постабстинентных расстройств, в период формирования ремиссии. Сроки употребления алкоголя от 5-6 месяцев до 1 года. В основную группу вошли 42 пациента, в контрольную группу 34 пациента. Основная и контрольная группы пациентов были сходны по возрасту и клиническим особенностям болезни. В первой (основной) группе пациенты получали налоксон 50 мг-1раз в сутки в течение 3 месяцев ежедневно. Пациенты второй (контрольной) группы принимали в качестве плацебо-поливитамины. Контроль за регулярностью приёма препарата возлагался на родителей или других лиц, заинтересованных в излечении данного пациента.

Непосредственно перед началом лечения препаратом проводилась психотерапевтически ориентированная беседа с пациентами, касающаяся особенностей действия налоксона. Рассказывалось о бессмысленности приёма алкоголя в связи с невозможностью достижения желаемого эффекта.

Эффективность противорецидивной активности налоксона оценивалась с помощью клинического и лабораторного методов и дополнялась сведениями со слов родственников. Проверяли достоверность изменения таких параметров, как патологическое влечение к алкоголю, выраженность аффективных, поведенческих расстройств, неврологических нарушений. Налоксон назначали в постабстинентном состоянии, применяли

общеукрепляющее симптоматическое лечение, гепатопротекторы, а также индивидуальную, групповую, рациональную психотерапию. В контрольной группе использовалась традиционная психофармакотерапия (финлепсин, amitриптилин) в сочетании с индивидуальной и групповой психотерапией на фоне общеукрепляющего симптоматического лечения. В качестве плацебо пациенты контрольной группы получали поливитамины. В результате исследования выявлено, что количество рецидивов в программе лечения налоксоном достоверно значительно меньше, чем у больных контрольной группы леченых плацебо ($29,4 \pm 4,0\%$ и $14,3 \pm 4,5\%$, $P < 0,05$).

Клинические проявления осложнений у пациентов, принимавших алкоголь на фоне приёма налоксона, выражались в качестве соматовегетативных нарушений (тошнота, потливость, тремор, дрожь в теле, колебания АД, рвота, головные боли головокружения) и в виде тревоги, страха. Кратковременные эпизоды употребления алкоголя были купированы дезинтоксикационной, симптоматической терапией. Пациенты с кратковременными эпизодами употребления алкоголя и других ПАВ на фоне приёма налоксона отмечали, что они не получали никакой желаемой разрядки (срывы происходили, как правило, на фоне нервного перенапряжения) и очень сожалели о нарушении. Именно с отсутствием эффекта больные связывали свой отказ от дальнейшего употребления алкоголя и других ПАВ и возвращались в лечебную программу. Количество пациентов основной группы, леченных налоксоном, возвратившихся в лечебную программу после микрорецидивов, было достоверно больше, чем таковых в контрольной группе ($28,5 \pm 3,3\%$ и $17,6 \pm 6,5\%$; соответственно, $P < 0,05$).

У пациентов основной группы, леченных налоксоном раньше и заметнее проявлялось критическое отношение к злоупотреблению алкоголем. Пациенты основной группы обнаруживали более высокие показатели ресоциализации, у них быстрее улучшались семейные отношения.

Проведенный контроль биохимических показателей на фоне лечения налоксоном не выявил их отрицательной динамики в группе наблюдения.

Таким образом, использование налоксона в постабстинентном состоянии у больных алкоголем наркоманией, осложнённой алкогольной зависимостью, существенно снижает возможность возврата к приёму алкоголя. Налоксон формирует у пациентов уверенность в своих силах, выполняя функции психологического барьера на пути приёма алкоголя. В дальнейшем приём налоксона позволяет достичь критического отношения к болезни. Он облегчает включение пациентов в программы лечения и реабилитации, и в итоге даёт возможность увеличить продолжительность ремиссий и повысить их качество.

Несмотря на то, что в целом налоксон представляется достаточно перспективным препаратом для наркологии, многие вопросы остаются неразрешёнными. Наиболее важное значение имеет проблема комплайенса в длительной терапии больных с синдромом зависимости от алкоголя. Врачи - практики знают, что мотивировать пациента на длительный приём налоксона, весьма сложная задача. Больные склонны преувеличивать степень дискомфорта, вызванного действием налоксона. В основе аггравационного поведения лежит обострение влечения к алкоголю, что проявляется стремлением к отказу от дальнейшего приёма препарата, неустойчивой мотивацией к воздержанию.

Терапия налоксоном длительное время сопряжена с рядом неудобств. Требуется жесткий контроль за приемом препарата со стороны родственников, пациентов. Поэтому использование пролонгированной формы препарата снимает многие проблемы, связанные с ежедневным приемом налоксона, обеспечивает непрерывность лечебного процесса и профилактику ранних рецидивов заболевания.

Общее количество больных, участвующих в исследовании, составило 65 пациента. Все пациенты были мужского пола. Наблюдение проводилось в амбулаторных условиях на протяжении 90 дней. Терапевтическая

эффективность и безопасность препарата продетоксон в основной и контрольной группах оценивались при помощи клинических и лабораторных методов исследования. Учитывая то обстоятельство, что большое количество больных алкоголем наркоманией страдает осложненной соматической патологией, все пациенты на момент исследования были осмотрены терапевтом, инфекционистом, прошли лабораторные анализы (общий анализ крови и мочи, кровь на RW, билирубин, АлТ, АсТ, тимоловая проба, общий белок). Каждый больной 2-3 раза за время лечения подвергался лабораторному тестированию мочи на предмет наличия алкоголя.

Пациентам основной группы был имплантирован продетоксон, назначено лечение сопутствующей патологии, индивидуальная рациональная психотерапия, а также психофармакотерапия.

У всех больных была сформирована клиническая картина алкоголя, включавшая психическую зависимость, высокую толерантность, соматические и социальные последствия, связанные с употреблением алкоголя. В постабстинентный период на первый план выступали полиморфные психопатологические синдромы, сопровождающиеся аффективными нарушениями, диссомническими и поведенческими расстройствами. В основе всех вышеуказанных проявлений доминировало патологическое влечение к наркотику, которое имело волнообразную динамику.

На 7-10 день, после снятия абстинентного состояния, всем пациентам перед началом имплантации продетоксона проводилась налоксоновая проба.

За 90 дней наблюдения за пациентами у 7 больных основной группы отмечались однократные приемы алкоголя или других ПАВ, с последующим возвращением в программу лечения. Основным мотивом употребления было обострение первичного влечения к алкоголю на фоне различных экзоцербаций. Ощущения, возникшие после приема героина, распределялись следующим образом: головокружения, головные боли, повышение АД, тошнота, рвота, боль во всем теле, озноб, слабость. Указанные ощущения

исчезали в течение 5-6 часов после получения дезинтоксикационной терапии с витаминами, сердечными средствами. В контрольной группе лишь 3 пациентов удалось вернуть в программу психотерапевтическим внушением. Контроль при подозрении на употребление осуществлялся с помощью токсикологического анализа мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, степень выраженности и характер проявления основных симптомокомплексов алкоголизма у пациентов с различными личностными особенностями заметно отличаются. Толерантность к наркотику самая высокая - у больных стенического типа, средняя - у пациентов неустойчивого, истерического и условно-гармонического типов и низкая - у пациентов астенического типа. В структуре АС наиболее тяжелые сомато-неврологические нарушения обнаруживаются у больных со стеническими и неустойчивыми характерологическими особенностями; у остальных пациентов их выраженность средняя. У пациентов астенического и истерического типов в структуре абстинентных состояний преобладают психопатологические расстройства (в первом случае - аффективные, во втором - грубо-истерические по типу демонстративных самоповреждений и астазии-абазии).

Клинические проявления алкоголя зависимости у пациентов с расстройствами личности (психопатией) носят более тяжелый характер, чем у лиц с акцентуациями личности или условно-гармоничным характерологическим складом: становление зависимости идет более стремительными темпами; абстинентный синдром протекает тяжелее, в его структуре чаще отмечается самоповреждающее поведение, состояния по типу просоночных, сужения сознания; более выражена аффективная патология. При воздержании от наркотиков компульсивное влечение преобладает над obsessивным, ремиссии достоверно короче, социальное снижение - более глубокое, критика к заболеванию слабее, прогрессивность

заболевания выше, чем у больных без преморбидных личностных расстройств.

Клиническую динамику заболевания в целом (быстроту его формирования и тяжесть течения) характеризует показатель прогредиентности алкоголя. По степени прогредиентности от более высокой к более низкой больные с различными типами личности расположились следующим образом: стенический, неустойчивый, истерический, условно-гармонический, астенический. У больных с психопатиями алкоголя наркомания протекала более прогредиентно, чем у пациентов с акцентуациями личности и условно-гармоническим характерологическим типом. Выявленные различия статистически достоверны.

Динамика преморбидных личностных особенностей при прогрессировании алкоголя коррелирует с нарастающей тяжестью основных симптомокомплексов заболевания. На этапе злоупотребления и 1-ой стадии зависимости тип личностного реагирования (особенно достигающий глубины психопатии) регламентирует манифестацию, запускает и закрепляет механизм психической зависимости. В свою очередь, психическая деятельность "расшатывается" употреблением героина - латентные проявления патологически измененной почвы (акцентуации) становятся более явными, а личностные расстройства декомпенсируются. Происходит заострение патохарактерологических проявлений с реакциями, однозначными типу личностного реагирования, которые дополнительно стимулируют употребление алкоголя.

На этапе систематической наркотизации преморбидные характеристики определяют патодинамические и феноменологические особенности. В это время происходит дальнейшее углубление и трансформация личностной патологии, что выражается, во-первых, в присоединении реакций неоднозначного типа, а, во-вторых, в амальгамировании преморбидных особенностей со специфическими изменениями личности по "наркоманическому" типу. В результате появляются такие видоизменения

личности, которые не являются облигатными ни для динамики психопатий, ни для специфической "наркоманической личности".

На этапе неустойчивой ремиссии декомпенсация личностных расстройств четко ассоциирована с обострениями влечения к алкоголю - она или провоцирует их, или типологически окрашивает аутохтонные обострения. На этапе устойчивой ремиссии на первый план вновь выходит основной тип личностного реагирования, но до двух лет прослеживаются и латентные изменения эмоционально-волевой сферы, привнесенные алкоголизмом.

На основании изученного материала выявлен континуальный характер взаимовлияния алкоголя и личностных особенностей. Обнаружено, что акцентуации и расстройства личности выступают не только в качестве фактора предрасположения, но и в качестве фактора, активно взаимодействующего с основными симптомокомплексами наркологического заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Среди поступающих в наркологический стационар больных алкоголизмом мужского пола в преморбидном периоде выявляются: акцентуации - в 34,0% случаев, расстройства личности (психопатии) - в 48,0%. Независимо от наличия или отсутствия расстройств личности, обнаруживаются следующие преморбидные характерологические типы: стенический - 24,8% всех больных, астенический - 11,3%, истерический - 15,8%, неустойчивый - 30,1%. У 18,0% пациентов отсутствуют какие-либо особенности (акценты), позволяющие отнести их к определенному характерологическому типу, поэтому они были обозначены как условно-гармоничные личности и составили контрольную группу.

2. Комплексное применение торпедо strong и психотерапии благоприятно влияет на симптоматику постабстинентных явлений алкоголя и становление терапевтической ремиссии, существенно снижая вероятность рецидивов.

3. Оптимизация противорецидивного лечения антидепрессантом 3-го поколения сералином в комплексе с психотерапией и торпедо strong способствовала длительной терапевтической ремиссии и социальной реабилитации больных с алкоголизмом.

Практические рекомендации

1. Перед назначением торпедо strong обязательно следует проводить психотерапевтическую подготовку, которая должна осуществляться в течение всего курса лечения. Попытки отказа от приема торпедо strong являются предвестниками возобновления употребления больными алкоголя.

2. Возможности широкого применения препарата сералин в лечении постабстинентных расстройств при алкоголизме обусловлены высокой эффективностью (препарат способен подавлять первичное патологическое влечение к алкоголю), удобством применения (один раз в день, нет необходимости подбора оптимальной дозы).

3. Препараты а также антидепрессант III поколения сералин, могут быть рекомендованы в амбулаторных условиях, что позволит сохранить пациентам привычный ритм жизни и социальную активность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агибалова Т.В., Даренский И.Д. Значение преморбидных особенностей характера для психотерапии больных алкоголизмом // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 255-256.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 2011. - 496 с.
3. Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.С. Психофармакотерапия пограничных расстройств. - М.: ГЭОТАР "Медицина", 2010. - 250 с.
4. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. // Сборник под ред. Иванца Н.Н. - М.: Поли-тек-Ф., 2009. - 80 с.
5. Арзуманов Ю.Л., Рохлина М.Л., Абакумова Р.Ф., Колотыгина Р.Ф., Козлов А.А., Тверицкая И.Н. Когнитивная функция у больных алкоголем наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 227-228.
6. Батищев В.В. Опыт адаптации миннесотской модели лечения зависимости в стационарном отделении для больных алкоголизмом (программа "Решение") // Вопросы наркологии. - 2010. - № 2. - С.38-44.
7. Братанова С.Б., Александрова Н.В., Гофман А.Г., Душиц М.Ю., Крылов Е.Н., Музыченко А.П. Тиапридап в комплексной терапии больных алкоголем наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 229.
8. Брюн Е.А., Гехт А.Б., Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Гусев Е.И. Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином // Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова. - 2011. - №3 . — С. 10-19.
9. Бузина Т.С., Тхостов А.Ш., Должанская Н.А. Особенности когнитивного стиля больных опийной наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2012 г. - М., 2012. - С. 230.

10. Буторина Н.Е., Куприн И.В., Хотяновская Н.Б., Буторин Г.Г. Социально-психологические и психопатологические факторы, влияющие на терапевтическую ремиссию при алкоголя у подростков // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2012 г.-М., 2012.-С. 231.
11. Бутров А.В., Цимбалов С.Г., Медведев В.М., Осипов С.А., Яшкина И. В. Ультрабыстрая опиоидная детоксикация // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2013 г. - М., 2013. - С. 232.
12. Веретинская А.Г., Васильева Г.Н., Векшина Н.Л., Анохина И.П. Особенности метаболизма катехоламинов у больных алкоголя наркоманией в состоянии наркотической интоксикации // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2014 г. - М., 2014. - С. 233.
13. Винникова М.А. Постабстинентное состояние при алкоголя (клиника и лечение) // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2130 г. - М., 2013. - С. 233.
14. Винникова М.А., Небаракова Т.П., Агибалова Т.В., Хотовицкий А.В. Применение коаксила при лечении больных алкоголя наркоманией // Вопросы наркологии. - 2014. - № 2. - С.22-26.
15. Голенков А.В., Булыгина И.Е. Изменения контингентов стационарных больных наркоманиями // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2013 г. М., 2013. - С. 235-236.
16. Гузиков Б.М., Ревзин В.Л. Принципы терапии больных расстройством личности, сочетающимся с зависимостью от опиатов // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2013 г. - М., 2013. - С. 236.
17. Даренский И.Д. Проявления дистимии в наркологии // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 237-238.
18. Даренский И.Д., Ровенская О.А., Чирко В.В. О формировании алкоголя у больных алкоголизмом // Сборник научных трудов психиатров-наркологов. - Омск, 2010. - С.68-71.

19. Демарина Н.П., Ледванова Т.Ю., Наумова Е.Л. Проблемно-ориентированная психотерапия при лечении больных опийной наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 238.
20. Дмитриева Т.Б., Вострокнутов Н.В., Дудко Т.Н., Гериш А.А., Басов А.И. Концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде // Российский психиатрический журнал. - 2009. - №2 - С.4-11.
21. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.Б., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами. - М., 2009. - 300 с.
22. Завьялова Н.Е. Клинико-динамические особенности опийной при использовании в комплексной терапии нейростеро- таксического метода // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 240-241.
23. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. - М.: Медпрактика, 2010. - 122 с.
24. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (в таблицах). - М: «Анахарсис», 2010. - 60 с.
25. Иванец Н.Н., Стрелец Н.В., Уткин С.И., Григорьева Е.Ю. Опыт применения атипичного нейрорептика эглонила при лечении алкоголя // Вопросы наркологии. - 2011. - №1 - С. 2933.
26. Иманбаев Э.М., Лопатин Д.В., Давыдова И.И., Демченко В.В., Цой Л.Ю., Ялтонский В.М. Стратегии совладания с болезнью лиц, зависимых от опиоидов (героина) // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 243.
27. Казанцев И.И., Пивоварчук Ф.И., Томилов А.М. Купирование опиоидного абстинентного синдрома флюанксолон // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 243.

28. Калинина Е.А., Клименко Т.В., Ушакова И.М. Социальные предикторы формирования алкоголя // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 244.
29. Клименко Т.В., Калинина Е.А. Роль семьи при формировании аномального поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ // XII съезд психиатров России. 11-13 октября 2009 г. - М., 2009.-С. 245.
30. Козлов А.А., Рохлина М.А. Наркоманическая личность // Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова. - 2013. - № 7. - С.23- 27.
31. Корчагина Г.А. Новые подходы к организации лечения наркоманий в современных условиях (клинико-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2014. - 50 с.
32. Корчагина Г.А. Распространенность злоупотребления наркотиками в портовых городах Европы // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М, 2011. - С. 247-248.
33. Кошкина Е.А. Злоупотребление наркотиками и психоактивными веществами в России // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 248.
34. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2010 г. по данным официальной статистики // Вопросы наркологии. - 2011. - № 3. - С.61-67.
35. Кошкина Е.А., Вышинский К.В. Наркомания. Москва на фоне Европы. - М.: "Симптом". - 2012. - №13 (104). - 32с.
36. Кривулин Е.Н. Принципы лечебно-реабилитационной программы оказания помощи больным наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 248-249.
37. Куртова Н.И. Применение нейролингвистического программирования при лечении и реабилитации больных алкоголем наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010.-С. 250.
38. Лекции по наркологии. Изд.2-ое / НИИ наркологии Минздрава России. Под ред. Н.Н.Иванца. - М.: Нолидж, 2011. - 448 с.

39. Магалиф А.А., Магалиф А.Ю. О некоторых принципиальных подходах в амбулаторном лечении больных наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2013 г. - М., 2013. - С. 252.
40. Малин Д.И., Цукарзи Э.Э., Костицын Н.В. Применение форсированной инсулино-коматозной терапии в раннем постабстинентном периоде у больных алкоголем наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2012 г. - М., 2012. - С. 253-254.
41. Малыгин К.П., Клименко Т.В., Игонин А.Л., Кривенков А.Н. Проведение принудительного лечения больным алкоголизмом и наркоманиями в условиях исправительных учреждений системы ГУИН Министерства юстиции РФ. - М., 2013. - 20 с.
42. Медведев В.М., Яшкина И. В., Янкин Е.В. Внутривенное введение клофелина при купировании опийного абстинентного синдрома // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2014 г. - М., 2014. - С. 254.
43. Мозговая Т.П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологический аспекты) // Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова. - 2010. - №3. - С. 2427.
44. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Феномен антиципации в наркологии // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 256.
45. Мясников Н.К. Опыт фармакотерапии острой фазы абстинентного синдрома при алкоголем и других наркоманиях опийного ряда // Вопросы наркологии.- 2011. - №1. - С.42-47.
46. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих алкоголем наркоманией // Вопросы наркологии. - 2014. - № 2. - С.33-38.
47. Овчинская А.С., Энтин Г.М., Варламов В.И. Распространенность алкоголем по данным наркологического диспансера № 1 Южного административного округа г.Москвы // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2009 г. - М., 2009. - С. 258.

48. Панченко Л.Ф., Наумова Т.А., Тетенова Е.Ю. Роль непептидных тетрагидроизохинолиновых опиоидов в патогенезе болезней зависимости // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010.-С. 259.
49. Погосов А.В., Останков С.Б. Электросудорожная терапия больных опийной наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 260-261.
50. Пуэиенко В.А., Дудко Т.Н., Котельникова Л.А., Ревенко В.И. Этапы реабилитации больных наркоманиями // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2012 г. - М., 2012. - С. 263-264.
51. Рохлина М.Л., Чистякова Л.А., Козлов А.А., Киткина Т.А., Мохначев С.О. Динамика психопатологических расстройств и криминогенное поведение у больных алкоголем наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2014 г. - М., 2014. - С. 265.
52. Салынцев И.В. Гипноз в комплексном лечении больных алкоголем наркоманией с аутистической акцентуацией характера и особенности гипнотического состояния на этапе реабилитации // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2012 г. - М., 2012. - С. 265-266.
53. Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелипас В.Е. Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации // Вопросы наркологии. - 2013. - №1. - С.71-76.
54. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Тренинг навыков совладания с влечением к наркотику как форма психотерапии, предупреждающая рецидив // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011.-С. 268.
55. Смулевич А.Б., Шостакович Б.В. Старые и новые проблемы расстройств личности // Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова. - 2011. - № 4. - С.4-9.
56. Софронов А.Г. Перспективы использования леривона в лечении опиатного абстинентного синдрома // Антидепрессанты в терапии

патологического влечения к психотропным средствам / Под ред. Н.Н.Иванца. - М., 2011. - 80 с.

57. Стрелец Н.В., Уткин С.И., Григорьева Е.Ю. Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение // Вопросы наркологии. - 2012. - № 1. - С.30-39.

58. Тютин Г.М., Носачев Г.Н., Михайлова Л.А. Основные принципы и подходы в наркологической реабилитации // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2012 г. -М., 2012. - С. 271.

59. Ушакова И.М., Александрова Н.А. Особенности течения опийной у больных малопрогрессирующей шизофренией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2011 г. - М., 2011. - С. 272.

60. Хотовицкий А.В., Гамалея Н.Б., Чирко В.В., Даренский И.Д. Иммунокоррекция в лечении больных алкоголем наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 274.

61. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. - М.: Минздрав РФ, НИИН, 2010. - 35 с.

62. Цой Л.Ю., Давыдова И.И., Демченко В.В., Иманбаев Э.М., Лопатин Д.В., Ялтонский В.М. "Я-концепция" подростков, зависимых от опиоидов // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М, 2010. - С. 274-275.

63. Чирко В.В. О течении наркоманий и токсикоманий по данным отдаленного катамнеза // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С.276.

64. амота А.З. Динамика наркотизма в Москве в 2010 г. // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 277.

65. Шевцов А.В. Способ поддерживающего лечения больных опийной наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 278.

66. Энтин Г.М., Энтина Е.Г., Курятов М.В. Опосредованная стресс-психотерапия при лечении больных наркоманией // XIII съезд психиатров России. 11-13 октября 2010 г. - М., 2010. - С. 280.

67. Andrzejewski M.E., Kirby K.C., Morral A.R., Iguchi M.Y. Technology transfer through performance management, the effects of graphical feedback and positive reinforcement on drug treatment counselors' behavior // Drug Alcohol Depend. - 2011. - № 63 (2). - P. 179-186.

68. Avants S.K, Margolin A., McKee S. A path analysis of cognitive, and behavioral predictors of treatment response in a methadone maintenance program // J. Subst. Abuse. - 2009. - 3. - P.215-230.

69. Ball S.A., Cecero J.J. Addicted patients with personality disorders, traits, schemas, and presenting problems // J.Personal. Disord. - 2011. — 15 (1). - P.72-83.

70. Charlier C., Dessalles M.C., Plomteux G. Methadone maintenance treatment, is it possible to adapt the daily doses to the metabolic activity of the patient? // Ther. Drug Monit. - 2011. - 23 (1). - P. 1 -3.

71. Curran H.V., Kleckham J., Beam J., Strang J., Wanigaratne S. Effects of methadone on cognition, mood and craving in detoxifying opiate addicts, a dose-response study // Psychopharmacology. - 2011. - №154 (2). -P. 153-160.

72. Johnson R.E., Chutuape M.A., Strain E.C., Walsh S.L., Stitzer M.L., BigeU»v G.E. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence // N.Engl.J.Med. - 2013. - 343 (18).

73. P.1290-1297; Comment in. N.Engl.J.Med. -2010. - 343 (18). - P. 1332-1334.

74. NIDA. Тринадцать принципов эффективного лечения // Вопросы наркологии. - 2009. - № 1. - С.28-30.

75. Perneger T.V., Mino A., Giner F., Broers B. Patterns of opiate use in heroin maintenance programme // Psychopharmacology. - 2013. - 152 (1). - P.7-13.

76. Rutherford M.J., Cacciola J.S., Alterman A.I., McKay J.R., Cook T.G. Contrasts between admitters and deniers of drug use // *J.Subst. Abuse Treat.* - 2012. - 18 (4). - P.343-348.

77. Sees K.L., Delucchi K.L., Masson C, Rosen A., Clark H.W., Robil- hrd H., Banys P., Hall S.M. Methadone maintenance vs. 180-day psychosocial^ enriched detoxification for treatment of opioid dependence, a randomized controlled trial // *JAMA.* - 2010. - 283 (10). - P. 1303-1310.

78. Strang J., Marsden J., Cummins M., Farrell M., Finch E., Gossop M., Stewart D., Welch S. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance, report of feasibility and 6-month outcome // *Addiction.* - 2010. - 95 (11). - P.1631-1645.