

Российская академия медицинских наук
Сибирское отделение

ФГБУ «НИИ психического здоровья»

ФГБУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины»

Н. А. Бохан, И. Э. Анкудинова, А. И. Мандель

КОМОРБИДНЫЕ ФОРМЫ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

Издательство «Иван Федоров»

Томск

2013

УДК 616.89-008.441.13-06-02-055.2
ББК Р645.021.11
Б863

Рецензенты:

А. Ю. Егоров – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии
медицинского факультета ФГБУ «Санкт-Петербургский государственный университет»

П. П. Балашов – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России (Томск)

Б863 Бохан Н. А., Анкудинова И. Э., Мандель А. И. Коморбидные формы алкоголизма
у женщин. – Томск, 2013. – 182 с.

ISBN

Коллективная монография посвящена современному разделу наркологии – формированию клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с различными вариантами коморбидной патологии. Авторы рассматривают различные аспекты алкогольной зависимости у женщин и факторы, способствующие формированию женского алкоголизма. Описаны психоневрологические расстройства интоксикационного генеза у женщин, страдающих алкогольной зависимостью. С позиций клинической психологии проанализировано состояние женщин, зависимых от алкоголя, и женщин, созависимых от алкоголизации мужей. Особое внимание уделено проблемам коморбидности при женском алкоголизме и современным методам лечения алкогольной зависимости у женщин с коморбидной патологией, в частности немедикаментозной терапии алкоголизма. Приведены результаты научных исследований алкогольной зависимости у женщин с различными вариантами коморбидной патологии: последствиями черепно-мозговой травмы, гипертонической болезнью, аффективными и личностными расстройствами. Освещены возможности микроволновой резонансной терапии, аудиовизуально-вибротактильной стимуляции. Представлен прогноз реабилитационных мероприятий при коморбидных формах алкогольной зависимости у женщин, проанализированы клинические особенности ремиссий и рецидивов у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости. Для психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, врачей смежных специальностей, преподавателей вузовских факультетов медицинского профиля, научных сотрудников, ординаторов и врачей, проходящих постдипломное образование.

УДК 616.89-008.441.13-06-02-055.2
ББК Р645.021.11

ISBN

© Бохан Н. А., Анкудинова И. Э., Мандель А. И., 2013

© ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2013

© ФГБУ «НИИ ФФМ» СО РАМН, 2013

Russian Academy of Medical Sciences
Siberian Branch

«Mental Health Research Institute»

«Physiology and Fundamental Medicine Research Institute»

N. A. Bokhan, I. E. Ankudinova, A. I. Mandel

COMORBID FORMS OF ALCOHOLISM IN WOMEN

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk

2013

UDC 616.89-008.441.13-06-02-055.2
LBC R645.021.11
B863

Reviewers:

A. Yu. Egorov – MD, professor of
Psychiatry and Addiction Psychiatry Department of Medical Faculty
of «Saint-Petersburg State University»

P. P. Balashov – MD, professor,
Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Medical Psychology Department
of «Siberian State Medical University» of Ministry of Healthcare of Russia (Tomsk)

B863 Bokhan N. A., Ankudinova I. E., Mandel A. I. Comorbid forms of alcoholism in women. – Tomsk, 2013. – 182 p.

ISBN

Collective monograph is devoted to modern section of addiction psychiatry – formation of clinical syndromes of alcohol dependence in women with various variants of comorbid pathology. Authors consider various aspects of alcohol dependence in women and factors contributing to formation of female alcoholism. Psychoneurological disorders of intoxication genesis in women suffering from alcohol dependence have been described. From positions of clinical psychology, condition of women dependent on alcohol and women co-dependent on alcoholization of husbands has been analyzed. Special attention has been paid to problems of comorbidity in female alcoholism and modern methods of treatment of alcohol dependence in women with comorbid pathology, in particular, non-medication therapy of alcoholism. Results of scientific investigations of alcohol dependence in women with various variants of comorbid pathology have been presented: consequences of cerebral injury, essential hypertension, affective and personality disorders. Possibilities of microwave resonance therapy, audiovisual-vibrotactile stimulation have been covered. Prognosis of rehabilitative activities in comorbid forms of alcohol dependence in women has been introduced; clinical features of remissions and relapses in women with comorbid forms of alcohol dependence have been analyzed. For psychiatrists-addiction specialists, psychotherapists, psychologists, physicians of related specialties, lecturers of high school faculties of medical profile, researchers, resident doctors and doctors in post-diploma education.

UDC 616.89-008.441.13-06-02-055.2
LBC R645.021.11

ISBN

© Bokhan N. A., Ankudinova I. E., Mandel A. I., 2013

© «Mental Health Research Institute » SB RAMSci, 2013

© «Physiology and Fundamental Medicine
Research Institute» SB RAMSci, 2013

Произошедшие за последние десятилетия в стране социально-экономические перемены (увеличение занятости женщин, изменение их социального статуса, модификация социальных норм и расширение социальной приемлемости потребления алкоголя) способствовали сокращению гендерных различий в распространенности потребления алкоголя. Число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, значительно возросло при стойкой тенденции к снижению возрастного порога. Соответственно актуальность исследования особенностей женского алкоголизма в настоящее время высока, как никогда прежде (Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К., 2005; Чернобровкина Т. В., Артемчук А. Ф., Сосин И. К., 2006; Кислицына О. А., 2009; Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2011). Соотношение числа женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в Российской Федерации в 1991 г. имело показатель 1:9, к 1995 г. оно составило 1:6, а в 2005 г. находилось на уровне 1:5 (Альтшулер В. Б., 2006).

В последующие годы тенденция к уменьшению различия между мужской и женской заболеваемостью продолжается (Сиволап Ю. П., 2009). За последние 5 лет показатель распространенности наркологических расстройств среди женщин увеличился на 5,2 %. Показатель общей заболеваемости алкоголизмом, включая алкогольные психозы, среди женщин в РФ составляет 553,6 больных на 100 тысяч женского населения. Соотношение мужчин и женщин в контингенте зарегистрированных больных составляет 4,8:1 (Кошкина Е. А., 2011). В Томской области показатель болезненности алкоголизмом среди женщин постепенно растёт с 2000 г., в начале 2010 г. он составлял 750 на 100 тысяч женского населения, превышая уровень РФ (Редченкова Е. М. и др., 2010).

В формировании алкогольной зависимости у женщин принимают участие взаимосвязанные конституционально-биологические, экзогенно-органические и психогенные воздействия. Многими исследователями подчеркиваются тяжелое течение болезни, позднее обращение за лечением и крайне негативные последствия злоупотребления алкоголем женщинами, низкая эффективность лечения и реабилитации (Гузиков Б. М., Мейроян А. А., 1988; Жигунова О. А., 2003; Альтшулер В. Б., Иванец Н. Н., Кравченко С. Л., 2006; Цыганков Б. Д., Овсянников С. А., Кручинская Ю. Н., 2007; Кирпиченко А. А., 2008; Allamani A., Voller F., Kubichka L., Bloomfield K., 2000). Как показали результаты исследований Л. К. Шайдуковой (1997–2005), Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс (2011), последствия стигматизации проявляются у женщин в позднем обращении к специалистам, скрытом латентном течении заболевания, одиночных формах употребления алкоголя, использовании нестандартных каналов помощи и самопомощи.

В последние годы появилось большое количество работ, в которых обсуждаются вопросы сочетанных психических и наркологических расстройств (Пивень Б. Н., Кузенкова Н. Н., 2005; Собенников В. С., Дашинамжилова В. Н., 2005; Агибалова Г. В., Винникова М. А., 2005; Никифоров И. А., Чернобровкина Т. В., Артемчук А. Ф., Сосин И. К., 2006; Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009).

Главными причинами рецидивов становятся длительно сохраняющееся у женщин влечение к алкоголю, возникающие или усиливающиеся за время болезни характерологические отклонения и психопатологические нарушения, в первую очередь аффективные расстройства; возвращение в неблагоприятное семейное или производственное окружение; алкогольная анозогнозия. Преодоление последней – одна из основных задач терапии, реализация которой связана с успешностью изменения отношения больных, деформированных алкоголизацией, в частности с изменением отношения к себе (Ерышев О. Ф., Тульская Т. Ю., 2011; Цыганков Б. Д., Джангильдин Ю. Т., Голубев Д. А., 2012).

Таким образом, два положения одинаково часто встречаются на страницах научной печати – универсальность алкоголизма как заболевания у представителей обоих полов, его специфичность и уникальность у женщин (Гузиков Б. М., Мейроян А. А., 1988; Владимиров Б. С., 1993; Шайдукова Л. К., 1997; Альтшулер В. Б., 2006; Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., 2010; Devaud L. L., Prendergast M. A., 2009).

В связи с вышеизложенным изучение закономерностей развития и исходов различных форм алкоголизма у женщин, особенностей клинической динамики заболевания, проявлений патологического влечения к алкоголю на этапе формирования ремиссий, проблемы эффективности терапии и реабилитации, не теряют актуальности.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ЖЕНЩИН. ИСТОРИЯ ВОПРОСА. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

С древних времен большое внимание уделяется проблемам алкоголизма в общем, в частности женскому алкоголизму. Известному древнегреческому писателю и историку Плутарху принадлежит знаменитая фраза: «Пьяницы рождают пьяниц». Это изречение уже в то время писали на стенах домов алкоголиков, будь то мужчина или женщина. В такие дома считалось позором ходить свататься (Стрельчук И. В., 1956; Смирнов В. Е., 1986). Чтобы отучить пьяниц пить, Пифагор советовал им чаще думать о поступках, которые они совершают в нетрезвом состоянии. Платон рекомендовал пьяницам чаще смотреться в зеркало.

Следует отметить, что алкоголизму и пьянству были подвержены не только мужчины, но и женщины. Принято считать, что проблема алкоголизма у женщин стала актуальной в последние 2-3 десятилетия. Тем не менее факты свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем и алкоголизм у женщин были распространены с древних пор, женщины в этом пороке не отставали от мужчин, и древний мир знал его губительные последствия (Бородин Д. К., 1910; Шувалов А. В., 1979). Вообще, во все века повышенную общественную тревогу вызывало пьянство среди женщин.

В Древней Индии воздержание от алкоголя считалось обязательным для всех сословий, а Будда категорически запрещал потребление спиртных напитков, особенно женщинами. Несмотря на запреты, вино широко потреблялось. В «Рамаяне» встречаются упоминания о «виноторговцах», а также о специальных помещениях для распития женщинами алкогольных напитков. А в другом памятнике древнеиндийского фольклора «Джатака» приводится рассказ о пьянстве буддийского монаха и двух женщин. В эпоху Римской империи, отмеченную большой свободой нравов и разложением древних обычаев, права и возможности женщин в Риме значительно расширились. Жизнь женщин стала излюбленной темой для сатириков, да и многие писатели с беспокойством наблюдали, как распространяются в римском обществе легкомыслие, распущенность, разврат и пьянство. Резко и впечатляюще картину нравов рисует в письме Сенека: «Величайший врач Гиппократ говорил, что у женщин не выпадают волосы и не болят ноги. Но вот и волосы они теряют, и ноги у них болят. Изменилась не природа женщин, а жизнь: уравнившись с мужчинами распущенностью, они уравнились с ними болезнями. Женщины и полуночничают, и пьют столько же, состязаясь с мужчинами в количестве... вина... Из-за таких пороков они потеряли преимущество своего пола и, перестав быть женщинами, приговорили себя к мужским болезням».

Позже появились законы, запрещающие женщинам пить вино; огромную роль здесь сыграли нормы этики. Ссылаясь на древнейших авторов, Геллий сообщает, что ни в Риме, ни во всей Латии женщинам не полагалось пить крепких вин, и, чтобы доказать свою воздержанность и строгое соблюдение законов, они целовали родственников, убеждая их тем самым, что от женщин вином не пахнет. Римляне разрешали своим сестрам и дочерям пить лишь слабое вино из виноградных выжимок или изюма. По словам Катона Старшего, в ранний период Римской республики пьющие женщины не только пользовались самой дурной репутацией, но и подвергались таким же наказаниям в суде, как и те, что изменяли своим мужьям (Геллий Авл., 1956; Сергеев М. Е., 1967). Аристотель говорил, что пьяная жена рождает таких же детей. В законах Соломона, в трудах Плутарха, Дионисия и других авторов записано, что пьющая жена, как и супружеская неверность, являются поводом к разводу. В Лациуме жена не смела даже попробовать вина, муж мог убить жену за употребление вина, и это действие не наказывалось законами страны. Известно, например, что в Индии жестоко наказывались женщины, употребляющие алкоголь. Так, жена брамина, уличенная в пьянстве, изгонялась из дому, а на лбу ее каленым железом выжигали сосуд, из которого пили вино (Стрельчук И. В., 1956).

На основе анализа прослеживается, что укреплялась тенденция, сохранившаяся на многие времена, а именно: наличие, с одной стороны, более или менее строгих мер наказания за злоупотребление алкогольными напитками, исходящих от государственных и религиозных властей, а с другой стороны – относительная популярность этого явления в художественной литературе, отражавшей реальное положение вещей. Следует отметить, что эта популярность прослеживается на протяжении всех последующих веков человеческой истории.

Осуждалось пьянство и христианством, особенно в его начальный период. Несмотря на ограничительные меры, пьянство постепенно охватило все слои населения, в том числе и женщин, и неизбежно сопровождалось губительными последствиями (Колупаев Г. П., Галин Л. Л., 1987).

Одной из задач исследования женского алкоголизма является определение степени распространенности этого недуга среди женщин. Решение этой задачи как в прошлом, так и в настоящем сопряжено с рядом обстоятельств статистического характера, с другой стороны – с отсутствием надежных критериев выявления больных алкоголизмом. Любопытно отметить, что лишь со второй половины XIX в. в научной литературе стали появляться систематизированные данные, связанные с проблемой женского алкоголизма. Такие сводные данные указанного периода приводили Б. М. Гузиков и А. А. Мейроян (1987).

Одной из стран, где пьянство женщин по размерам было почти таким же, как и мужчин, была Англия. «Хронической, систематически разрастающейся» причиной снижения рождаемости в этой стране считался «женский алкоголизм, пустивший корни во всех классах английского народа (Риккер Р., 1901; Коровин А. М., 1929). Аналогичные тенденции наблюдались в Германии. Еще в IX веке один из германских проповедников писал по поводу алкоголизации населения: «Невоздержанность у лиц обоего пола и всех возрастов вошла в обычай». С 1851 г. в этой стране стали открываться лечебницы для больных алкоголизмом, уже к концу XIX века 7 из них предназначались специально для женщин, а 12 были смешанного типа (Несмелов Ф. Я., 1931). Ряд авторов приводит интересные сведения сравнительного плана о злоупотреблении алкоголем женщинами и мужчинами и негативных его последствиях в таких странах, как Франция, Германия, Пруссия, Австрия и т. д. (Ступин С. С., 1904; Гуфелацц Х. Ф., 1940).

Приведенные данные позволили исследователям прийти к выводу, что пьянство и алкоголизм были распространены среди женщин, но среди мужчин они встречались значительно чаще, что объяснялось социально-культурными факторами. Ужи с середины XIX в. в Европе и Америке противоалкогольное движение стало принимать более организованный характер. Важную роль в такой деятельности играли международные съезды по вопросам борьбы с пьянством. Международные съезды по борьбе с пьянством состоялись в Париже (1878, 1899), Брюсселе (1880, 1897), Христиании (1890), Гааге (1893), Базеле (1895), Вене (1901). Кроме того, были организованы специальные медицинские международные съезды, на которых особое внимание уделялось вопросам борьбы с пьянством и алкоголизмом, где на отдельных заседаниях секций рассматривались вопросы и проблемы женского пьянства и алкоголизма: Лондон (1881), Вашингтон (1897), Москва (1897).

В XX веке, и особенно во второй его половине, резко стал увеличиваться алкоголизм среди женщин во многих экономически развитых странах. Здесь же следует отметить, что как с 50-х гг. XIX века, так и в XX в. заметен рост алкоголизации детей и подростков (девочек и мальчиков). И видимо, прав был Р. Риккер, отмечавший еще на заре текущего столетия, что при значительной алкоголизации детей и подростков неудивительно и быстрое распространение алкоголизма среди женщин (Заболой-Чекме Е., 1978, 1979, 1987). В свою очередь, причины пьянства и алкоголизма обусловлены, как и причины преступности, совокупностью объективных и субъективных обстоятельств.

Пьянство имеет тесную связь с преступностью и является питательной средой для нее. В основе пьянства, как правило, лежат традиции,

нравы, пережитки прошлого, переходящие из поколения в поколение и сохранившиеся до наших дней. Социальный же характер причин пьянства объясняется его тесной связью с экономикой и политикой.

Последние социологические исследования показывают, что употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, более 80 % людей в возрасте 12—24 лет. Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет, причем в мегаполисах он еще ниже. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно или через день 33,1 % юношей и 20,1 % девушек. Пиво – наиболее любимый молодежью напиток: его предпочитают, по разным данным, от 2/3 до 3/4 подростков. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет – двое из каждых трех. Водку и вино пьют до трети молодых людей. Массовое потребление пива подростки и молодежь начинают в среднем в 12 лет, вина – в 15 лет, водки – в 16 лет (Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В. и др., 2001; Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., 2003). Ранняя алкоголизация женщин наиболее часто сочетается с нарушенными (девиантными) формами поведения в преморбиде (Личко А. Е., 1985; Битенский В. С., 1991; Лакосина Н. Д., Милушева Г. А., 1992; Брюн Е. А., 1996; Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б., 2000; Надеждин А. В., 2002; Тетенкова Е. Ю., Менделевич В. Д., 2003; Альтшулер В. Б., Штырков А. Г., 2003; Егоров А. Ю., 2004; Дмитриева Т. Б. и др., 2005).

Как показали исследования Е. А. Кошкиной и др. (2009), от 80 до 94 % девочек-старшеклассниц употребляют алкогольные напитки, причем в крупных городах России выявляется большее количество девочек по сравнению с их ровесниками мальчиками, которые употребляют спиртное. В частности указывается на то, что если в прежние годы в среде учащихся и студентов злоупотребление алкоголем чаще встречалось у юношей, чем у девушек, то в настоящее время эти показатели уравниваются, а в отдельных молодежных субпопуляциях пьющие девушки количественно превосходят пьющих юношей (Saitz R., 2005).

По всем обследованным территориям учащиеся системы среднего специального образования потребляют алкогольные напитки более интенсивно, чем школьники. Анализ возрастной динамики потребления показал, что количество подростков, не потребляющих алкогольные напитки, с возрастом постепенно уменьшается. Это особенно заметно у девочек. Среди них изначально количество непьющих меньше, чем у мальчиков, а к 18 годам непьющих нет вовсе. Сходные тенден-

ции были обнаружены при исследовании потребления алкоголя школьниками старших классов в США (Wallace Jr. J. M., Bachman J. G., O'Malley P. M., Schulenberg J. E., Cooper S. M., Johnston L. D., 2003).

В формировании алкоголизма принимают участие взаимосвязанные конституционально-биологические, экзогенно-органические и психогенные воздействия. К биологическим факторам в развитии женского алкоголизма в первую очередь следует отнести наследственность. Как показали исследования, проведенные в Московском НИИ наркологии, наследственная отягощенность алкоголизмом у женщин встречается вдвое чаще, чем у мужчин, а по данным некоторых исследователей доходит до 90 %. Особенно это относится к алкоголизму матери: у мужчин она составляет 5 %, а у женщин – 22 % (цит. по: Альтшулер В. Б., 2002).

Зарубежные исследования также подтверждают, что наследственная отягощенность алкоголизмом у женщин почти в 2 раза превышает таковую у мужчин (Kelley M. L., Cash T. F., Grant A. R., Miles D. L., Santo M. T., 2004). Большинство исследователей связывают это с врожденной пониженной реакцией на этанол у дочерей алкоголиков (Schuckit M. A., Smith T. L., Kalmijn J., Tsuang J., Hesselbrock V., Bucholz K., 2000; Lundahl L. H., Lukas S. E., 2001). В свою очередь наследственная отягощенность обуславливает более тяжелое клиническое течение: меньше сроки ремиссий, менее эффективна терапия и т. д. Более того, имеются данные, что такое осложнение хронического алкоголизма, как алкогольная кардиомиопатия, у женщин развивается быстрее, чем у мужчин (Fernandez-Sola J., Estruch R., Nicolas J. M., Pare J. C., Sacanella E., Antunez E., Urbano-Marquez A., 1997). В нашем исследовании было выявлено, что в большем проценте случаев (68,0 %) выявляется высокий уровень алкоголизации отца и его девиантное поведение в состоянии алкогольного опьянения (в основной группе – в 61,5 % случаев). Злоупотребление алкоголем матерями пациенток рассматриваемых групп не имело достоверных различий и составило в группе сравнения 10,0 %, в основной группе – 10,8 % случаев.

Еще одной особенностью женского организма является менструальный цикл, который включает предменструальное напряжение, предрасполагающее к употреблению алкоголя. Алкоголь снимает предменструальное напряжение, действуя успокаивающе. Кроме того, в предменструальном периоде усиливается всасывание алкоголя из желудочно-кишечного тракта в кровь. Поэтому алкоголь, принятый в пересчете на массу тела, действует на женщин сильнее, оказывая более сильный токсический эффект (Шелудько В. Б., 2004).

Согласно литературным данным, хроническая алкогольная интоксикация у женщин вызывает нарушение менструальной функции, как вследствие прямого токсического действия алкоголя и продуктов его метаболизма на периферические эндокринные железы, так и за счет поражения структур мозга, в первую очередь гипоталамуса, приводящее к дисфункции всех периферических эндокринных желез (Серов В. В., 1985; Ковалев П. Г., 1985; Грищенко О. В., Кондыба Л. П., 1986; Аккер Л. В., 1996; Аккер Л. В., Семке В. Я., Бохан Н. А., 1999; Walters 1983; Veghely, 1983; Mello N.K., 1985; Holliday M., 1986).

Определенную роль играют различия в химических константах и активности ферментов у мужчин и женщин. Так, содержание воды в женском организме на 10 % меньше, чем в мужском. К. Грэхэм и др. (Graham K., Wilsnack R., Dawson D., Vogeltanz N., 1998) считают, что именно различное содержание воды является единственным биологическим паттерном, определяющим неодинаковую концентрацию этанола в крови женщин и мужчин при одинаково выпитой дозе. Концентрация спирта у женщин всегда будет выше, чем у мужчин, что также усиливает токсический эффект. Как показала английская исследовательница М. Эли и др. (Ely M., Hardy R., Longford N. T., Wadsworth M. E., 1999), в норме соотношение потребляемого спиртного женщинами и мужчинами находится в пропорции 3:4, что связано с половыми различиями по содержанию воды. В случае, если доза выпитого алкоголя у женщины начинает приближаться к мужской, у нее формируется алкоголизм. Другой возможной причиной, объясняющей половые различия в концентрации спирта в крови, является неодинаковый метаболизм этанола из-за взаимодействия фермента алкогольдегидрогеназы (АДГ) с женскими половыми гормонами, сниженной концентрации АДГ в желудке, ускоренным метаболизмом этанола в печени (Thomasson H. R., 1995).

Значение имеют и социально-психологические факторы в развитии женского алкоголизма. Очевидно, что изменение положения женщины в обществе в XX веке – эмансипация – привело к росту алкоголизации и, соответственно, алкоголизма. Еще в 70-х гг. прошлого столетия американские исследователи отмечали, что отказ от традиционных феминных ролей и идеалов среди девушек-подростков приводит к росту женской алкоголизации и возникновению проблем, связанных с ней (Wilsnack R. W., Wilsnack S. C., 1978). Традиционно алкоголизация для женщин не была характерна и осуждалась в обществе. Отзвуки этого «общественного табу» на женскую алкоголизацию мы можем наблюдать и в наши дни: например, отношение к мужчине и женщине, появляющихся в общественном месте в состоянии алкогольного опьянения, будет различным. Пьяная женщина неизменно вызывает отвращение и порицание [Цит. по: Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К., 2005].

Это в значительно степени связано со стигматизацией (т. е. экстраполяцией социально неприемлемых стереотипов на отдельных лиц и группы, с вытеснением их из социума по ряду признаков), что имеет место в наркологической практике и повседневной жизни. Как показали исследования, стигматизации при алкоголизме больше подвержены женщины (Blume S. B., 1997; Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., 2002), причем в большей степени одинокие женщины (Kilty K. M., 1975). Более того, именно со стигматизацией (бытовой, административной и самостигматизацией) во многом связаны особенности формирования, течения и исходы женского алкоголизма (Шайдукова Л. К., Овсянников М. В., 2005). Как показали исследования Л. К. Шайдуковой (1997, 2002, 2005), Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс (2011), последствия стигматизации проявляются у женщин в позднем обращении к специалистам, скрытом латентном течении заболевания, одиночных формах употребления алкоголя, использовании нестандартных каналов помощи и самопомощи. Кроме того, стигматизация проявляется сокрытием алкогольной симптоматики, преуменьшением ее глубины, что воспринимается окружающими как особый вариант лживости женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Кроме того, считается, что женщины в большей степени подвержены негативному воздействию психической травматизации. В детском возрасте к таким факторам относятся плохое воспитание, побои, наказания, отсутствие ласки и тепла, родители-алкоголики, неполная семья, сиротство. В дальнейшем у таких женщин нередко встречаются также многочисленные психотравмы: несчастная любовь, развод, потеря родных и близких, одиночество. Ряд исследователей связывает особую «психотравматичность» женского алкоголизма с защитными механизмами на стигматизацию: женщины-алкоголики «позитивизируют» свою зависимость перенесением акцента на внешнеситуационные факторы (Шайдукова Л. К., 1996; Шайдукова Л. К., Овсянников М. В., 2005).

В среднем и пожилом возрастах также имеются специфические особенности зависимости от алкоголя. В этих возрастных группах встречаются два типа больных алкоголизмом: одни женщины начали пить еще в молодости, другие – в старости. Во втором случае, как правило, к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс (Zimberg S., 1983). Зачастую в контингенте женщин во второй половине жизни исследователям приходится сталкиваться с формированием так называемого вдовьего алкоголизма, который в значительной мере обусловлен спецификой российских социально-демографических условий.

Продолжительность жизни женщин в России в среднем на 14 лет больше, чем у мужчин. Нередко женщины в 50–60-летнем возрасте остаются одни после смерти мужа. Дети уже выросли и у них своя жизнь. Значит, по их мнению, впереди ожидает одинокая безрадостная старость. К состоянию потери самого близкого человека – мужа присоединяется ощущение полной безысходности. В этом состоянии начинается алкоголизация либо в одиночку, либо с такими же овдовевшими и одинокими подругами. В инволюционном возрасте часто имеются признаки атеросклероза мозговых сосудов, что ускоряет переход алкоголизации в зависимость.

В США, где продолжительность жизни мужчин и женщин достаточно высока и сопоставима по продолжительности, также имеет место усиление алкоголизации до проблемного уровня в позднем возрасте, что связывают с фактором одиночества, однако это касается и женщин, и мужчин (Moss H. B., Lynch K. G., 2001). Вместе с тем в во многих публикациях имеются указания, что именно в позднем возрасте у женщин результаты терапии алкоголизма более высокие, чем у мужчин (Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C., 2004).

К факторам риска можно отнести и микросоциальную среду. Как показали исследования, алкоголизм наиболее распространен у женщин, работающих в сфере обслуживания: у работников торговли и общепита, проводников. Вместе с тем уровень алкоголизма выше у домохозяек, чем у работающих на современном производстве (Wilsnack R., Klassen A., Wilsnack S., 1986; Короленко Ц. П., Шпикс Т. А., 2009).

Как показывают отечественные и зарубежные исследования, серьезным фактором риска развития алкоголизма у женщин, в том числе в молодом возрасте, является влияние супружеского партнера, злоупотребляющего алкоголем. Давно известен факт, что у многих женщин, страдающих алкоголизмом, до 70 % мужей также злоупотребляют алкоголем (Dalhgren L., 1978; Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., 2002). Л. К. Шайдукова (1992–1996) описала «феномен спаивания» мужьями своих жен, в основе которого лежит феномен ролевого выравнивания, придания однородности семейной системе. Алкогольная экспансия мужа в отношении жены объясняется желанием мужа достичь духовного и сексуального единства в семье. В данном случае совместный прием алкоголя является средством внутрисемейной адаптации.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

Большинство исследователей придерживаются мнения о том, что женский алкоголизм, по сравнению с мужским алкоголизмом, развивается в более позднем возрасте (Морозов Г. В., Рожнов В. Е., Бабаян Э. А., 1983; Гузиков Б. М., Мейроян А. А., 1988; Шабанов П. Д., 1999; Альтшулер В. Б., 1999–2002; Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C., 2004). В работах последних лет имеются указания на стирание возрастных различий (Weijers H. G., Wiesbeck G. A., Wodarz N., Keller H., Michel T., Boning J., 2003). При этом отмечаются его особая тяжесть и злокачественность (Энтин Г. М., 1990; Шабанов П. Д., 1999; Жигунова О. А., 2003; Альтшулер В. Б., Иванец Н. Н., Кравченко С. Л., 2006; Цыганков Б. Д., Овсянников С. А., Кручинская Ю. Н., 2007; Кирпиченко А. А., 2008; Devaud L. L., Prendergast M. A., 2009). Приводятся данные, что эффект 14-недельной психофармакотерапии сертралином у женщин хуже, чем у мужчин (Pettinati H. M., Dundon W., Lipkin C., 2004). Тем не менее ряд исследователей не разделяет точку зрения о большей злокачественности женского алкоголизма, подчеркивая противоречивость данных и невозможность четко измерить величину этого показателя (Гузиков Б. М., Мейроян А. А., 1988; Пятницкая И. Н., 1988; Альтшулер В. Б., 2002; Sokolow L. et al., 1980; Wilsnack R. et al., 1984).

В. Б. Альтшулер, С. Л. Кравченко (2004) считают, что злокачественность женского алкоголизма определяется преобладанием факторов либо негативного, либо позитивного прогноза. К факторам негативного прогноза авторы относят: 1) сочетанный алкоголизм матери и отца; 2) возраст начала злоупотребления алкоголем до 25 лет; 3) преобладание неустойчивых и эпилептоидных черт характера. К факторам позитивного прогноза относятся: 1) отсутствие семейного алкоголизма; 2) возраст начала злоупотребления после 25 лет; 3) преобладание стенических черт характера (синтонность). С Вилснек и Р. Вилснек (1995) на основании 5-летнего исследования, проводившегося в США, приводят следующие основные факторы, способствующие развитию тяжелого алкоголизма у женщин: 1) молодой возраст; 2) отсутствие социальных ролей или неадекватный социальный статус; 3) принадлежность к этническим меньшинствам; 4) сожительство с пьющим мужем/партнером; 5) депрессия; 6) сексуальная дисфункция; 7) насилие в детстве.

По мнению В. Я. Семке (2002), прогрессивности алкоголизма способствуют нарушения психофизического развития, обуславливающие менее совершенное «вращение» индивида в общественные, правовые,

этнические установки современной жизни, а также наличие психологического дефекта личности. В оценке прогрессивности алкоголизма большую роль играет наличие социальных последствий заболевания. На уровень социальных проблем влияют изменения личности, которые имеют место в преморбиде и значительно усугубляются с прогрессированием алкоголизма. По данным Ф. Ф. Гордееня (1974), наличие психопатических черт характера, способствовавших формированию алкоголизма и связанных с ним социальных проблем, было обнаружено у 40 % больных алкоголизмом женщин.

Несмотря на более поздний возраст начала алкоголизма у женщин (в среднем в 25,6 года, у мужчин – в 21,8 года), в силу того, что заболевание у них прогрессирует быстрее, они вынуждены обращаться за лечением раньше (спустя 7,4 года), чем мужчины (16,2 года). Это явление получило название «телескопирование» женского алкоголизма (Gomberg E., 1976; Hesselbrock M. N., 1981). Риск заболевания алкоголизмом у женщин резко повышается после 40 лет и в период менопаузы. У женщин, страдающих алкоголизмом, в более короткие сроки наступает психическая деградация, раньше формируется алкогольный абстинентный синдром (Аккер Л. В., Семке В. Я., 1993; Кручинская Ю. Н., 2008).

Несмотря на более высокую прогрессивность алкоголизма у женщин и биологические предпосылки к более тяжелому его течению (более высокая удельная концентрация алкоголя в крови; меньшая, чем у мужчин, активность желудочной алкогольдегидрогеназы; более высокая всасываемость алкоголя из желудка в предменструальном периоде, ведущая к выраженной интоксикации), данных, свидетельствующих о более высокой чувствительности головного мозга у женщин к действию алкоголя по сравнению с мужчинами, нет.

Можно предположить, что устойчивость по отношению к алкоголю интеллектуально-мнестических функций у женщин находится вне генетического контроля, который играет особую важную роль в патогенезе женского алкоголизма и определяет его своеобразие по некоторым клиническим параметрам. Этим объясняется отсутствие преобладания у женщин дефицитарных психических расстройств и различий между больными алкоголизмом мужчинами и женщинами по степени ущерба высшим психическим функциям (Roman P., 1988; Glenn S. W., Parsons O. A., 1992). Однако, как отмечают в своих работах Г. В. Морозов, И. П. Анохина (1983), у женщин чаще наблюдаются амнестические формы опьянения, отчетливо выступают черты алкогольного юмора, снижен круг интересов, характерна крайняя лживость.

Одной из особенностей клинической динамики алкоголизма у женщин являются также резкое преобладание и раннее возникновение периодических форм злоупотребления алкоголем (свыше 82 %). Последнее касается не только псевдозапоев, но и истинных запоев. Это, в соответствии с приведенным ранее мнением С. Г. Жислина (1965), означает более быстрое, по сравнению с мужчинами, вовлечение в болезненный процесс диэнцефальных структур мозга.

К клиническим особенностям алкоголизма у женщин можно отнести и своеобразие синдромальной структуры патологического влечения к алкоголю. Она отличается во многих случаях значительной редукцией идеаторной составляющей и, наоборот, усилением эмоциональной. Это проявляется в отсутствии «идейной платформы» влечения – аргументации, размышлений, сомнений, определенных точек зрения и мнений; очень часто влечение к алкоголю имеет импульсивный характер, когда выпивка опережает сам процесс принятия решения и происходит как бы внезапно, необъяснимо, по типу «короткого замыкания». Пароксизмальность влечения встречается в 2 раза чаще среди больных алкоголизмом женщин, чем среди мужчин, особенно при коморбидной соматоневрологической патологии (Альтшулер В. Б., 1994).

2.1. Демографические и медико-социальные характеристики женщин, зависимых от алкоголя

Проведено клинко-катамнестическое обследование 180 женщин, больных алкоголизмом. Основная группа – 130 женщин со второй стадией алкогольной зависимости (F10.232, F10.302) в сочетании с артериальной гипертонией, последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы и с коморбидной психической патологией (F07.0, F32.0, F32.1, F43.1, F43.2, F60.3, F60.4). Возраст больных на момент обследования варьировал от 22 до 60 лет (средний возраст составил $40,8 \pm 8,2$ года).

В группу сравнения вошли 50 женщин со второй стадией алкогольной зависимости (F10.232, F10.302), которые не имели в анамнезе артериальной гипертонии, указаний на перенесенную черепно-мозговую травму, верифицированной психической патологии. Средний возраст пациенток составил $38,3 \pm 7,1$ года. Все женщины проходили лечение в клинике НИИ психического здоровья СО РАМН с 1998 по 2012 г.

Статистическая стандартизация женщин основной группы (1) по отношению к группе сравнения (2) проведена по полу (все пациентки – лица женского пола), возрасту, месту проживания (все пациентки проживали в Томске и прилегающих к нему районах области), времени обследования (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Возраст женщин на момент обследования						
Возраст на момент обследования	Группа	Средний	Минимальный	Максимальный	SD	p
	Основная	40,8	22,0	60,0	8,3	>0,05
	Сравнения	38,3	23,0	53,0	7,1	

Диагностика осуществлялась в рамках Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Систематизация данных осуществлялась при помощи карты «Стандартизированного обследования больных алкоголизмом с коморбидным органическим поражением головного мозга» (Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., Воеводин И. В., 1995).

В качестве основных методов исследования использовались следующие: клинко-психопатологический (оценка симптомов, синдромов на различных этапах заболевания); клинко-динамический (оценка динамики клинических проявлений алкоголизма в процессе применения психофармакологических и немедикаментозных методов лечения); клинко-катамнестический (оценка динамики клинических и социально-психологических характеристик больных после проведенного лечения); статистический (определение частоты признака при альтернативных исходах, доказательство статистической надежности различия по частоте признака). Определение взаимосвязи качественных признаков проводилось с помощью χ^2 -критерия Пирсона. Достоверность полученных результатов принималась при вероятности ошибки не более 5 % ($p < 0,05$).

Использовались также следующие инструменты исследования: шкала «Количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю» В. Б. Альтшулера, С. Л. Кравченко, Н. В. Чердниченко (1992), шкала «Прогнозирования длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии» О. Ф. Ерышева, Л. А. Дубинина, Б. В. Иовлева (2004), Шкала глобальной клинической оценки (CGI-I), Шкала тревоги и депрессии Гамильтона (HARS, HDRS), Пенсильванская шкала влечения к алкоголю (PAAS), Шкала выраженности синдрома ангедонии (ASIS).

Дифференциальная диагностика алкогольно-обусловленных нарушений нервной системы проводилась в соответствии с «Классификацией неврологических проявлений алкогольного абстинентного синдрома и хронического алкоголизма, выявленных у больных вне абстинентного синдрома, алкогольного делирия, острого алкогольного опьянения» (Лукачер Г. Я., Махова Т. А., 1989).

Клиническая оценка сосудистых поражений нервной системы, выявляемых вне абстинентного синдрома и острой алкогольной интоксикации у больных алкоголизмом с коморбидной психиатрической патологией (сочетанных с артериальной гипертонией, с последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы), проводилась в рамках дисциркуляторной энцефалопатии, современные классификации которой характеризуют ее как результат медленно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения головного мозга, приводящей к развитию множественных мелкоочаговых некрозов мозговой ткани и обуславливающей нарастающее нарушение функции головного мозга (Шмидт Е. В., 1985; Бурцев Е. М., 1998; Шток В. И., Левина О. С., 2006).

В ходе исследования с целью дифференцированной оценки особенностей клинической динамики алкогольной зависимости, тяжести течения заболевания, прогнозирования его исходов и разработки индивидуальных реабилитационных программ женщины основной группы были разделены на три подгруппы: 1) женщины с алкогольной зависимостью в сочетании с сосудистым поражением головного мозга гипертонического генеза, у которых гипертоническая болезнь была диагностирована в среднем на 5 лет раньше, чем алкогольная зависимость (подгруппа 1А, n=50); 2) женщины с алкогольной зависимостью, сочетанной с травматическим поражением головного мозга (перенесенные черепно-мозговые травмы различной степени тяжести были получены в среднем за 7 лет до формирования алкогольной зависимости), которую составили 45 женщин (подгруппа 1Б); 3) женщины, имеющие в анамнезе диагностированное психическое расстройство, предшествующее алкогольной зависимости, по поводу которого они обращались за психиатрической помощью в клиники НИИ психического здоровья СО РАМН (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности), которую составили 35 пациенток (подгруппа 1В).

Среди женщин первой группы выделены две подгруппы, включавшие по 40 больных (1а, 1б), для изучения терапевтической эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения с использованием комплекса аудиовизуально-вибротактильной стимуляции «SENSORIUM» с креслом «нулевой гравитации» (группа 1а) и микроволновой резонансной терапии (группа 1б). Группой сравнения (1в) явились 50 женщин, которым применялась только общепринятая традиционная терапия (гемодез, изотонический раствор хлорида натрия, витамины групп В и С, тиосульфат натрия, диуретики, транквилизаторы, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты).

Выделенные подгруппы были статистически сопоставимы между собой по возрасту, давности заболевания и тяжести актуального состояния пациенток, а также по объему и длительности традиционной терапии, на фоне которой в подгруппах 1а, 1б изучалась эффективность вышеуказанных средств и воздействий при купировании абстинентного состояния (F10.302), постабстинентных расстройств и в период формирования ремиссии (F10.232).

Сроки непрерывного наблюдения над больными в условиях стационарного отделения аддиктивных состояний института составили от 1 до 1,5 месяцев. Было осуществлено катамнестическое наблюдение в течение 2 лет после выписки из стационара.

Получены сведения о родителях пациенток (составе семьи, имеющих психических и соматоневрологических расстройствах, взаимоотношениях в семье, злоупотреблении алкоголем родителей). Кроме того, были исследованы преморбидные социально-психологические факторы: воспитание в семье, образование, профессиональная принадлежность и род занятий женщин, наличие отклонений в поведении.

Наиболее многочисленной (86,0 %) была группа алкогользависимых женщин, воспитанием которых занимались оба родителя. Неполная родительская семья (одна мать или один отец) в группе сравнения выявлена у 14,0 % обследованных женщин. Родители были заботливы и внимательны к 68,0 % пациенток. В условиях гипоопеки и «кумира семьи» росли 20,0 и 8,0 % пациенток соответственно. В условиях завышенных требований и в бессистемном стиле (под влиянием настроения, жестокое обращение) воспитывались по 2,0 % женщин соответственно.

Характер взаимоотношений между родителями в детско-юношеском периоде обследуемых был гармоничным в 24,0 % случаев (в основной группе – в 46,1 %; $p < 0,05$). В таком же числе случаев пациентки указали на индифферентные взаимоотношения между своими родителями (в основной группе – в 15,4 %; $p < 0,05$). Конфликтные взаимоотношения и частые ссоры между родителями отметили 52,0 % пациенток (в основной группе – 38,4 %; $p < 0,05$). В большем числе случаев (68,0 %) выявлен высокий уровень алкоголизации отца и его девиантное поведение в состоянии алкогольного опьянения (в основной группе – 61,5 %). Злоупотребление алкоголем матерями пациенток обеих групп не имело достоверных различий (в группе сравнения – 10,0 %, в основной группе – 10,8 %). Странности характера и суицидальное поведение отца и сибсов отметили по 0,77 % соответственно пациенток из основной группы, в группе сравнения подобные случаи вовсе не наблюдались. Особенности взаимоотношений в родительских семьях рассматриваемых групп представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

*Взаимоотношения между родителями обследуемых женщин
в период их детства и юности*

Характер взаимоотношений	Группы	абс	%	p
Гармоничные	Основная группа	60	46,1	p<0,05
	Группа сравнения	12	24,0	
Нейтральные	Основная группа	20	15,4	p<0,05
	Группа сравнения	12	24,0	
Конфликтные	Основная группа	50	38,5	p<0,05
	Группа сравнения	26	52,0	

Социально-трудовой статус родителей пациенток из группы сравнения выглядел следующим образом: среди отцов преобладали неквалифицированные рабочие специальности – 61,0 % (в группе сравнения – 16,7 %; p<0,05).

Матери пациенток в 48,3 % случаев были работницами торговли, сферы бытового обслуживания, общественного питания (в основной группе – 33,5 %), в 6,6 % случаев были заняты квалифицированным трудом (в основной группе – 40,0 %; p<0,05). Полученные данные свидетельствуют о более низком социальном статусе родителей пациенток из группы сравнения по сравнению с основной группой.

При анализе менструальной функции было выявлено, что на момент обследования в основной группе женщин достоверно чаще встречались нарушения менструального цикла, который стал нерегулярным или полностью прекратился в отличие от группы сравнения (33,1 и 14,0 % соответственно; p<0,05) (рис. 1).

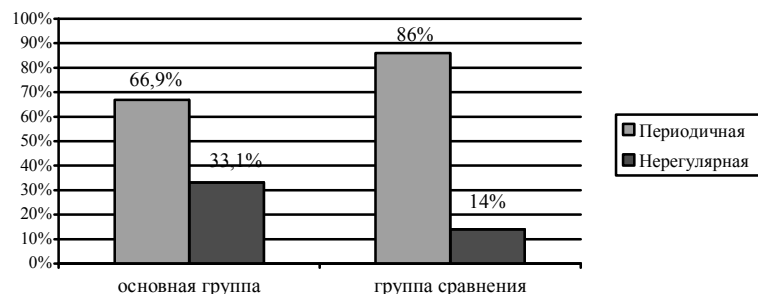


Рис. 1. Нарушение менструальной функции женщин под влиянием хронической алкогольной интоксикации

Это согласуется с литературными данными о нарушении менструальной функции под влиянием хронической алкогольной интоксикации у женщин, как вследствие прямого токсического действия алкоголя и продуктов его метаболизма на периферические эндокринные железы,

так и за счет поражения структур мозга, в первую очередь гипоталамуса, приводящее к дисфункции всех периферических эндокринных желез (Серов В. В., 1985; Ковалев П. Г., 1985; Грищенко О. В., Кондыба Л. П., 1986; Аккер Л. В., Семке В. Я., Бохан Н. А., 1999; Walters, 1983; Veghely, 1983; Mello N.K., 1985; Holliday M., 1986).

Личность пациенток группы сравнения в преморбиде была акцентуированной в 54 % случаев (в основной группе – 64,6 %), гармоничной – в 46,0 % (в основной группе – в 35,4 % случаев). В равных пропорциях встречались акцентуации истероидного и неустойчивого типов (по 18,0 %), акцентуации шизоидного типа встречались в 10,0 % случаев, эпилептоидного – в 4,0 %, эмоционально лабильного – в 4,0 % случаев. В основной группе чаще встречались акцентуации характера истероидного типа (в 30,0 %), шизоидного – в 10,76 % случаев, эмоционально лабильного – в 3,9 %, эпилептоидного – в 2,3 %, гипертимного – в 1,5 %, сенситивного и конформного типов – в равных процентах (по 0,77 % случаев). Ни в одном случае психопатия выявлена не была (в основной группе в 0,77 % встречалось эмоционально неустойчивое расстройство личности).

После окончания школы 8,0 % женщин в дальнейшем не продолжали обучение (в основной группе – 9,2 %). На момент обследования среднее специальное образование в группе сравнения имели 46,0 % женщин, высшее образование получили 36,0 % пациенток, среднее общее образование было у 14,0 % пациенток, неполное среднее и незаконченное высшее образование встречалось в равном проценте случаев – по 2,0 % соответственно.

При анализе профессионального статуса на период обследования было выявлено, что у 33,0 % пациенток социальный статус не определялся (в группе сравнения женщины были безработными в большем проценте случаев и составили 52,0 %). Социальное положение остальных обследуемых распределилось следующим образом: 45,5 % женщин были заняты высококвалифицированным трудом, из них 27 % имело инженерно-технические специальности, 5,1 % женщин были заняты частным предпринимательством, работниц сферы бытового обслуживания было 4,6 %. Практически в 2 раза чаще в рассматриваемой группе встречались работницы бюджетной сферы (учителя, врачи), они составили 3,9 % случаев (в группе сравнения – 2,0 % соответственно). К категории сотрудников административно-управленческого аппарата относилось 3,3 % женщин (в группе сравнения – 2,0 %). Только в основной группе встречались работницы сельского хозяйства и студентки высших учебных заведений (0,77 % соответственно). В 21,5 % случаев женщины были заняты неквалифицированным трудом.

Следует отметить высокую значимость для данных пациенток их профессии, должностного положения, а также внешней оценки уровня квалификации. Значимость этих факторов становилась менее очевидной, когда алкогольно-обусловленная профессиональная стагнация обследуемых не вступала в противоречие с уровнем требований на их рабочем месте (рис. 2).

У многих пациенток снижение их служебного положения вследствие злоупотребления алкоголем, а иногда и только лишь само административное предупреждение об этой возможности являлось одним из главных мотивов обращения в отделение аддиктивных состояний.

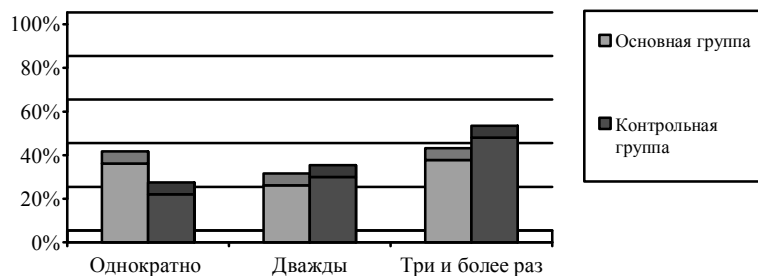


Рис. 2. Количество смен места работы женщин, зависимых от алкоголя

Женщины основной группы реже меняли места работы, причем злоупотреблением алкоголем смена работы была обусловлена лишь в 40, % случаев (в группе сравнения – в 60,0 %). Однократная смена работы имела место у 36,2 % обследованных, дважды меняли место работы 26,1 % женщин, три и более раз – 37,7 %.

Преобладающих интересов в свободное от работы время на момент обследования у 60,0 % женщин выявлено не было (в основной группе – у 63,8 %). В 38,0 % случаев пациентки занимались ведением домашнего хозяйства, воспитанием детей и работой на садовом участке, 2,0 % женщин имели хобби (занимались спортом, шили, вязали, выращивали цветы и т. д.). В 82,0 % случаев женщины предпочитали выполнять привычную знакомую работу. У части женщин имелось затруднение адаптации к новым условиям (в основной группе – в 79,2 %). 14,0 % пациенток стремились избегать любой деятельности, не приносящей непосредственного удовольствия (в основной группе – 15,4 %). 4,0 % женщин тяготились рутинной, повседневностью и стремились к совершенствованию, поиску нового (в основной группе – в 5,4 %).

Показатель семейного положения пациенток этой группы отражал личностно-бытовой уровень их адаптации. 44,0 % женщин состояли в официальном браке (в основной группе – 52,3 %), были разведены

34,0 % женщин, замужем не были 14,0 % пациенток, официально не оформили свои отношения с сожителями 8,0 % женщин. В подавляющем большинстве случаев (88,0 %) взаимоотношения в последних семьях были конфликтными (в основной группе – в 81,5 %), равнодушными и формальными (8,0 % случаев). Гармоничных взаимоотношений в рассматриваемой группе женщин обнаружено не было (в основной группе – в 3,1 % случаев). Причиной конфликтных внутрисемейных взаимоотношений в 90,0 % случаев служило злоупотребление алкоголем женщинами (табл. 3).

При рассмотрении отношения супруга к употреблению алкоголя женой выявлено, что в 26,0 % случаев встречалось активное противодействие мужей алкоголизации жен (в основной группе – в 15,4 %), в 22,0 % случаев мужья сами злоупотребляли алкоголем и вовлекали в алкоголизацию пациенток (в основной группе 23,8 %), в 12,0 % отношение было индифферентным и в 4 % – неодобрительным.

В основной группе выявлена высокая частота встречаемости злоупотребления супруга алкоголем и вовлечение пациенток в алкоголизацию или же индифферентное отношение супруга к пьянству жены – 36,9 % (табл. 3).

Таблица 3

Семейное положение женщин, зависимых от алкоголя, и характер взаимоотношений в семье

Семейное положение и характер отношений в семье	Количество пациенток в 1-й и 2-й группах с различным семейным положением и взаимоотношениями в семье				Р	
	1-я группа (n=130)		2-я группа (n=50)			
	абс.	%	абс.	%		
Замужем	68	52,4	22	44,0 %	<0,05	
Разведена	31	23,8	17	34,0	<0,05	
Незарегистрированный брак	12	9,2	4	8,0	<0,05	
Не замужем	19	14,6	7	14,0	<0,05	
Отношения в семье						
Нет семьи	2	1,6	2	4		
Гармоничные	4	3,1	0	0		
Формальные	18	13,8	4	8		
Конфликтные	106	81,5	44	88		
Причины плохих отношений						
Употребление алкоголя	118	90,8	45	90		
Другие причины	12	9,2	5	19		

Полученные результаты о высокой частоте встречаемости вовлечения мужьями в алкоголизацию жен согласуются с литературными данными отечественных и зарубежных исследователей.

Считается, что увеличение употребления женщинами алкоголя после брака напрямую связано с количеством алкоголя, которое потребляли до брака их мужья (Ядрова Т. В., 2005; Bendtsen P., Lejman Dahlström M., Bjurulf P., 2002; Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., 2002; Leonard K. E., Mudar P., 2003). Данное обстоятельство описывается как «феномен спаивания» мужьями своих жен, в основе которого лежит феномен ролевого выравнивания, придания однородности семейной системе. Алкогольная экспансия мужа в отношении жены объясняется желанием мужа достичь духовного и сексуального единства в семье. Как уже упоминалось, в данном случае алкоголь является средством внутрисемейной адаптации (Шайдукова Л. К., 1992–2004).

Материально-бытовые условия жизни подавляющего большинства пациенток характеризовались относительным благополучием с наличием благоустроенной квартиры, личного автотранспорта, земельного участка за городом, состояние которых на момент обследования имело различный уровень обустройства. Снижение данного уровня, а иногда только лишь замедление роста вследствие алкоголизации обследуемой, являлось для многих пациенток, а в особенности для их ближайшего окружения (мужа и детей), решающим критерием принципиального пересмотра отношения пьющей пациентки к алкоголю с принятием решения о необходимости наркологического лечения. Длительная сохранность социальных отношений и описанные обстоятельства обращения пациенток за наркологической помощью обусловили достоверно более поздний возраст их первого поступления к наркологу ($37,2 \pm 7,5$ года), чем в группе сравнения ($34,4 \pm 6,8$ года).

2.2. Формирование клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин без коморбидной соматопсихической патологии

Средний возраст первой пробы алкоголя у женщин без коморбидной соматопсихической патологии (группа сравнения) приходился на $15,5 \pm 1,2$ года (в основной – $16,0 \pm 1,9$ года). Мотивы употребления алкоголя чаще носили гедонистический характер: 42,0 % – желание испытать новые ощущения, 4,0 % – получить удовольствие (в основной группе в 20,0 и в 0,77 % соответственно; $p < 0,05$), 28,0 % – с целью произвести впечатление (в основной группе – 40,7 %; $p < 0,05$), 24,0 % – субмиссивные установки «под уговорами окружающих», «как все» (в основной группе – 33,1 %; $p < 0,05$), 2,0 % – подражательство старшим или пользующимся авторитетом товарищам (в основной группе – 0,7 %), Коммуникативные установки первого употребления алкоголя в группе сравнения не выявлены (в основной группе – 4,6 % случаев).

Изучение патокинетики основных клинических проявлений алкоголизма у больных группы сравнения и сопутствующих им социально-психологических показателей выявило, что первичное патологическое влечение, ведущее к систематическому злоупотреблению алкоголем, выявлялось в среднем в возрасте $22,6 \pm 3,9$ года. На момент обращения продолжительность систематического приема алкоголя до развития клинической картины зависимости в 52,0 % составила от 5 до 10 лет и более, от 3 до 5 лет – 28,0 %, от 1 года до 3 лет – 20,0 %. В ходе данного периода становления алкогольной зависимости у 58,0 % женщин группы сравнения происходило изменение социального и семейного статусов, что в основном было обусловлено увеличением объема и частоты употребляемого ими алкоголя. Так, в 26,0 % случаев пациентки меняли место работы с понижением статуса, на равнозначное место перешли 18,0 % обследованных, 8,0 % женщин перевелись на более престижную работу, 6,0 % обследованных прекратили дальнейшее обучение. В 38,0 % случаев происходило расторжение брака, в 14,0 % случаев женщины создали свои семьи, 6,0 % обследованных отделились от родителей и начали самостоятельную жизнь.

Потеря количественного контроля в опьянении, повышение толерантности к спиртному и начальные признаки алкогольного абстинентного синдрома отмечены в возрасте $28,9 \pm 6,7$ года. В 26,0 % было отмечено укорочение периода эйфории, повышение раздражительности, эмоциональная лабильность – в 16,0, в 10,0 % – эксплозивно-дисфорическая картина опьянения, в 8,0 % – истерическая. Манифестация амнестических форм опьянения в виде палимпсестов в среднем происходила в $33,6 \pm 6,3$ года. Завершение формирования алкогольного абстинентного синдрома среди пациенток группы сравнения происходило в возрасте $34,4 \pm 6,1$ года. Клиническая манифестация соматоневрологических осложнений вследствие хронической алкогольной интоксикации и формирование алкогольно-обусловленной церебрально-органической патологии происходили у пациенток в возрасте $37,8 \pm 1,8$ года.

2.3. Психоневрологические расстройства интоксикационного генеза у женщин, страдающих алкогольной зависимостью

Данные современных исследований свидетельствуют о том, что женщины более подвержены алкогольно-индуцированному повреждению мозга, чем мужчины. Мнестические функции у женщин ухудшаются раньше и в большей степени, чем у мужчин. Кроме ослабления памяти, женщины хуже выполняют когнитивные тесты, у них быстрее снижается объем перцептивного внимания, выявлена тенденция к более раннему снижению вербального интеллекта (Козырева А. В., 2010).

Существуют доказательства того, что поведенческие аспекты алкоголизма прогрессируют более быстрыми темпами среди женщин (Овчинников С. В., Цыганков Б. Д., Шамов С. А. и др., 2008).

При сопоставлении токсикогенной симптоматики, соматоневрологической патологии и когнитивных нарушений у женщин установлено, что алкоголизм, осложненный алкогольными психозами, отличается повышенной чувствительностью нервной ткани и печени к действию алкоголя, цирроз печени и атрофия мозга развиваются на несколько лет раньше, чем у мужчин, употребляющих такие же дозы этанола (Альтшулер В. Б., Тучкова Н. Е., Кравченко С. Л., 2004; Лукин А. А., 2008; Панченко Л. Ф., Пирожков С. В., Дудко Т. Н. и др., 2008; Mann K., Ackermann K., Croissant B. et al., 2008).

Известно, что неврологические осложнения связаны как с прямым токсическим действием алкоголя, так и с его опосредованным действием (через нарушение питания, поражение печени или нарушение водно-электролитного баланса). Важную роль играют индивидуальная чувствительность и сопутствующие заболевания. Поэтому четкое соответствие между тяжестью алкоголизма (или количеством потребленного спирта) и выраженностью неврологических проявлений прослеживается не всегда. При этом на ранних стадиях заболевания преобладают функциональные изменения, позволяющие достаточно быстрое восстановление нарушенных функций благодаря прекращению употребления алкоголя и лечению, а для более поздних стадий характерны структурные изменения в головном мозге, связанные не только с алкогольной интоксикацией, но и с преморбидными и коморбидными расстройствами неалкогольного генеза. Это подтверждается научными исследованиями, которые выявили нейропсихологические нарушения в виде диффузной мозговой дефицитарности, специфичной для хронической алкогольной интоксикации и алкогольной энцефалопатии наряду с нарушениями, отражающими локальный характер мозговых повреждений (лобных, теменных, височных структур), связанными, скорее всего, с патологическими факторами неалкогольной природы (Тархан А. У., 2009) (табл. 4).

В целом неврологические и нейропсихологические проявления алкоголизма достаточно подробно изучены и неоднократно описаны (Лукачер Г. Я., Махова Т. А., 1989; Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., 1996; Антропов А. Ю., 2004; Бохан Н. А., Мандель А. И., Трескова И. А., 2007). Как правило, они отражают особенности клиники и динамики алкоголизма у мужчин, в результате чего часть теоретических положений экстраполируется из области знаний об алкоголизме у мужчин на алкоголизм у женщин, искажая клиническую действительность (Кравченко С. Л., 2006).

Таблица 4

Обзор исследований психоневрологических расстройств при алкоголизме

Авторы	Нозология, синдром	Основной вывод исследования
Лукачер Г. А., Махова Т. А., 1989	Психоорганический синдром и неврологические симптомы. Внутречерпная гипертензия	Не наблюдается параллелизма между психическими и неврологическими расстройствами, которые регрессируют быстрее. Гипертензионный синдром развивается у 35 % больных алкоголизмом и обусловлен гиперпродукцией спинно мозговой жидкости
Шток В. Н., Левин О. С., 2006	Поражение нервной системы при алкоголизме	Важную роль играют индивидуальная чувствительность и сопутствующие заболевания. Поэтому четкое соответствие между тяжестью алкоголизма (или количеством потребленного спирта) и выраженностью неврологических проявлений прослеживается не всегда
Тархан А. У., 2009	Нейрокогнитивные расстройства	Нейропсихологические нарушения в виде диффузной мозговой дефицитарности характерны для хронической алкогольной интоксикации; нарушения, отражающие локальный характер мозговых повреждений, связаны с патологическими факторами неалкогольной природы
Сергеев В. А., 2004	Токсикотравматическая энцефалопатия	Отягощающее влияние алкоголизма на течение травматической болезни головного мозга проявляется в более выраженной и стойкой психопатизации, снижении памяти и интеллекта, энцефалопатической симптоматике
Камянов И. М., 1989	Вестибуловегетативный синдром, депрессия	Противоречие между наличием «вестибулярных» жалоб и отсутствием симптоматики можно рассматривать как проявление скрытых депрессивных расстройств
Ангельчева О. И., 2006	Алкогольная полиневропатия. Алкогольная миопатия	У 40-60 % злоупотребляющих алкоголем развивается хроническая алкогольная миопатия. Частота алкогольной полиневропатии колеблется от 9-30 % до 60-67 % (субклиническое поражение)
Панченко Л. Ф., Пирожков С. В., Дудко Т. Н. и др., 2008 Gavaler J. S., Argia A. M., 1995; Ikejima K., Enomoto N., Iimuro Y. et al., 1998	Гендерные различия в динамике соматической патологии у больных алкоголизмом	У женщин в течение более короткого времени, в сравнении с мужчинами, развиваются вызванные алкоголем заболевания печени вследствие употребления меньшего количества алкоголя. У женщин повышенный риск повреждения печени может быть связан с физиологическим эффектом эстрогенов

В связи с вышеизложенным была определена цель нашего исследования.

Целью исследования являлся анализ коморбидных неврологических расстройств интоксикационного генеза у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Проведено клинико-неврологическое обследование 155 женщин, страдающих алкоголизмом и проходивших лечение в отделении аддиктивных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, из которых у 53 (средний возраст $39,5 \pm 8,2$ года) были выявлены неврологические расстройства интоксикационного генеза различной степени тяжести. В исследование не включались пациентки, у которых хроническая алкогольная интоксикация ограничивалась преходящими вегетативно-сосудистыми нарушениями в рамках синдрома отмены.

Динамика клинической картины алкогольной зависимости у обследованных женщин следующая: первая проба алкоголя состоялась в среднем в $15,8 \pm 1,8$ года (минимальный возраст 12 лет), систематически женщины начинали употреблять алкоголь с $24,1 \pm 4,8$ года; возраст манифестации амнестических форм опьянения составил $30,9 \pm 7,2$ года, к $32 \pm 6,9$ года в клинике алкогольной зависимости формировался синдром отмены; впервые за наркологической помощью женщины обратились в $35,9 \pm 7,8$ года, продолжительность систематического употребления алкоголя в $56,3$ % составляла от 5 до 10 лет и более; в $54,7$ % случаев женщины обращались за наркологической помощью повторно.

Обследуемые поступали в абстинентном состоянии, поэтому для всех были характерны вегетативные проявления в виде общей слабости, потливости, головных болей, дрожи в теле, тремора дистальных отделов конечностей. Следует отметить преобладание диффузной мышечной гипотонии в отличие от больных алкоголизмом мужского пола, у которых в абстинентном состоянии наблюдалась оппозиционная гипертония либо отсутствовали изменения мышечного тонуса, что может являться следствием более выраженного астенического синдрома у женщин. Неврологическая составляющая психовегетативного синдрома – симптом Хвостека – как проявление повышенной нервно-мышечной возбудимости довольно часто встречается в период абстиненции, но крайне редко сочетается с аксиальными рефлексам (симптом Маринеску-Радовичи), являющимися в большей степени проявлениями органических расстройств (Мальцев С. Н., 2001).

В 11 случаях (21 %) вегетативные проявления сочетались со статолокомоторной атаксией, а в 7 случаях (14 %) описанные нарушения дополнялись симптомами алкогольной полинейропатии с гипергидрозом, гипотермией, цианозом и пастозностью дистальных отделов конечностей; парестезиями и диффузной мышечной гипотонией; гипостезией по типу «носков и перчаток»; выпадением ахилловых, а иногда и коленных рефлексов; в ряде случаев судорогами в кистях, стопах, слабостью, преимущественно в нижних конечностях.

Согласно исследованиям, у 40-60 % лиц, злоупотребляющих алкоголем, развивается хроническая алкогольная миопатия, которая характеризуется избирательным поражением мышечных волокон II типа (белые гликолитические волокна) тазового и плечевого пояса и проявляется проксимальной мышечной слабостью, выявляемой при подъеме из глубокого приседания, снижением объема мышечной массы, миалгиями, нарушением ходьбы, крампи (Ангельчева И. О., 2006). В различных сочетаниях данные симптомы наблюдались у наших пациенток и чаще всего выражались в гипотрофии дельтовидных, лопаточных мышц, снижении силы, болевом синдроме.

В 22 случаях (43 %) алкоголизм сочетался с дисциркуляторной энцефалопатией сосудистого генеза. При этом больные отмечали выраженные головные боли на фоне колебаний артериального давления; шум, звон в ушах, пошатывание при ходьбе. Неврологический осмотр выявлял диффузную микроочаговую симптоматику. Сочетание с хронической алкогольной интоксикацией способствовало формированию нейropsychологических расстройств в виде снижения интеллекта, нарастающего когнитивного дефицита, астении, тревожно-депрессивных расстройств, расстройств адаптации. Следует заметить, что часть пациентов не предъявляла неврологических жалоб, несмотря на присутствие рассеянной органической симптоматики и вегетативные проявления. Возможно, это связано с алкогольной анозогнозией, которую можно рассматривать и как проявление психоорганического синдрома и как отражение алкогольных изменений личности.

На закрытые ЧМТ различной степени тяжести в анамнезе указывали 6 пациентов (10 %), в дальнейшем они отмечали усугубление абстинентной симптоматики на фоне продолжающейся алкоголизации. Кроме того, отягощающее влияние алкоголизма на течение травматической болезни головного мозга проявляется в более выраженной и стойкой психопатизации, снижении памяти и интеллекта, энцефалопатической симптоматике. Следует отметить, что среди обследованных больных не наблюдалось алкогольного эпилептического синдрома, хотя в литературе встречаются данные, указывающие на значительную вероятность развития эпилептических пароксизмов у лиц с хроническим алкоголизмом, перенесших ЧМТ, что определяется как степенью тяжести самой травмы, так и давностью процесса хронической алкогольной интоксикации, а также более ранним формированием прогрессивных форм алкоголизма (Сергеев В. А., 2004; Гусейнов Г. К., Богомолов Д. В., 2008).

Неврологический осмотр таких больных выявлял более отчетливую очаговую симптоматику; достаточно стойкими были проявления «менингизма»: тяжесть в голове в утренние часы, болезненные движения и легкое ограничение динамики глазных яблок, которые сочетались с явлениями флебопатии в картине глазного дна. Согласно научным исследованиям, гипертензионный синдром наблюдается у 35 % пациентов, страдающих алкоголизмом. Это обусловлено гиперпродукцией спинно-мозговой жидкости в результате гиперемии сосудистых сплетений, вызываемой острой алкогольной интоксикацией. По мнению других исследователей, внутричерепная гипертензия является следствием венозного застоя, развивающегося при хроническом алкоголизме (Камянов И. М., 1989). При этом больные не отмечают выраженных головных болей, что связано, по-видимому, с действием алкоголя на барорецепторы твердой мозговой оболочки, являющиеся окончаниями тройничного нерва, либо с постепенным развитием внутричерепной гипертензии (Лукачар Г. Я., Махова Т. А., 1989).

Неврологические расстройства сопровождались характерными для психоорганического синдрома в рамках токсико-травматической энцефалопатии психическими нарушениями от астении до психопатоподобных состояний в виде эксплозивности, сменяющейся эйфорией: благодушно-приподнятым настроением, легковесностью суждений, некритичностью, расторможенностью влечений (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

Неврологические расстройства при алкогольной зависимости у женщин

Синдром	абс.	%
СВД и дистальная полинейропатия	7	15 %
СВД и мозжечково-атактический синдром	11	21 %
Токсико-ишемическая энцефалопатия на фоне гипертонической болезни	22	43 %
Токсико-травматическая энцефалопатия	6	10 %
Вестибуловегетативный синдром на фоне вертебрально-базиллярной дисциркуляции	5	7 %
Компрессионно-ишемическая лучевая нейропатия	1	2 %
Последствия токсической энцефалопатии Гайе-Вернике	1	2 %

У 5 пациенток (7 %) в постабстинентном синдроме наблюдалось усиление вестибулярной дисциркуляции на фоне вертебральной недостаточности. Вегетативные нарушения, включающие вестибуло-вегетативно-сосудистый синдром, встречаются почти у половины больных, страдающих вертебрально-базиллярной дисциркуляцией, что во многом определяет клиническую картину: вазомоторные вегетативно-ирритативные проявления, а также «неврологический дефицит».

Данная симптоматика дополняет уже имеющиеся постинтоксикационные мозжечковые нарушения. В ряде случаев, несмотря на проводимое лечение и наличие жалоб на нестабильность при ходьбе, ощущение нарушения равновесия, чувство проваливания, пелены перед глазами, эти больные оставались устойчивыми в позе Ромберга, а ПНП и ПКП выполняли без промахивания. Осложнением длительных запоев могут быть и мононевропатии. В частности одна из пациенток поступила с симптомами компрессионно-ишемической лучевой нейропатии с выраженным парезом и гипотрофией мышц правой кисти, которая развилась после длительного сдавления на фоне продолжительной алкогольной интоксикации.

Одним из наиболее тяжелых состояний, связанных с токсическим действием алкоголя и дефицитом тиамина, является острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Мы имели дело с пациенткой, у которой сохранялись выраженные остаточные явления энцефалопатии Вернике спустя год от начала заболевания и проявлялись в виде смешанной мозжечково-вестибулярной атаксии, умеренного сенсомоторного дистального тетрапареза, болевого синдрома, когнитивных расстройств.

Хроническая алкогольная энцефалопатия в соответствии с МКБ-10 включает церебральные расстройства, основанные на структурных изменениях головного мозга, как-то: корсаковский амнестический синдром, алкогольная дегенерация мозжечка, болезнь Маркьяфавы-Биньями и т. д. Тем не менее среди пациентов с корсаковским психозом отмечается отчетливое преобладание мужчин (Сиволап Ю. П., Савченков В. А., 2007), и в клинической реальности женского алкоголизма мы имеем дело с менее выраженными проявлениями воздействия хронической алкогольной интоксикации на центральную и периферическую нервную систему, с неосложненными психотическими формами. Хроническая алкогольная энцефалопатия в нашем случае – это фон, на котором могут развиваться более тяжелые психоневрологические расстройства.

Следует отметить роль алкогольного поражения печени в развитии неврологических и психических нарушений. Тяжесть церебрального синдрома зависит от формы и тяжести поражения печени и может колебаться от неврастенической утомляемости и раздражительности до тяжелого прогрессирующего поражения мозга (Панченко Л. Ф., Пирожков С. В., Дудко Т. Н. и др., 2008; Mann K., Ackermann K., Croissant B. et al., 2005).

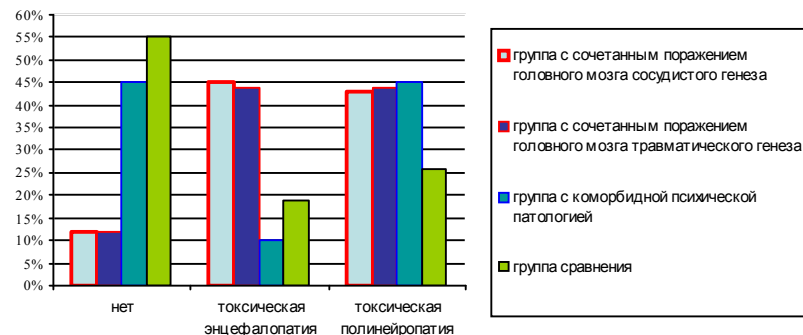


Рис. 3. Неврологические расстройства при алкогольной зависимости у женщин с коморбидными формами алкоголизма

В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого, травматического генеза в структуре синдрома отмены алкоголя достоверно чаще диагностировалась токсическая энцефалопатия ($p < 0,05$). Токсическая полинейропатия встречалась практически в равном числе случаев во всех трех рассматриваемых группах пациенток (рис. 3), частота токсической полинейропатии была достоверно выше в данных группах по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Соматическая патология у женщин с ассоциированными формами алкоголизма диагностировалась в виде реактивного гепатита и хронического панкреатита с явлениями эндокринной недостаточности поджелудочной железы, достоверно превышающая частоту случаев в группе сравнения ($p < 0,05$).

Проведенное клинко-неврологическое исследование 155 женщин, страдающих алкоголизмом, выявило широкий спектр осложнений, связанных с хронической алкогольной интоксикацией – от привычной вегетативной дисфункции до «неврологического дефицита», которые выражаются астеническим синдромом, вестибулярными нарушениями, растущей прогрессивностью психоорганических расстройств, разнообразной рассеянной неврологической симптоматикой. Женщинам, страдающим алкогольной зависимостью, свойственны вестибулярные нарушения различного генеза, растущая прогрессивность психоорганических расстройств, а также алкогольная анозогнозия в виде диссоциации между наличием разнообразной рассеянной симптоматики на фоне соматоневрологической патологии – с одной стороны и незначительными жалобами, не критичным, эйфорическим восприятием своего состояния вследствие алкогольно-органического снижения личности – с другой.

2.4. Женщины, зависимые от алкоголя, и женщины, созависимые от алкоголизации мужей – клинко-психологическое исследование

Проблемы созависимости вызывают профессиональный интерес не только медиков, но и социологов, общественных деятелей, журналистов. «...Жены алкоголиков – отдельная прослойка, их можно объединить в особую группу или вид» (В. Токарева).

На страницах научной печати одинаково часто звучит проблема универсальности алкоголизма как заболевания обоих полов, его специфичности у женщин, а также феномена созависимости, сопровождающего все состояния зависимости. В контексте изложенного целью исследования стало изучение клинко-психологических особенностей женщин, зависимых от алкоголя, и женщин, созависимых от больных алкоголизмом мужей, с последующей разработкой терапевтических программ.

Химическая зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В большинстве семей, в которых проживают больные с химической зависимостью, обнаруживаются психологические особенности, которые стали обозначать термином «ко-алкоголизм». Позднее, в последние 15 лет, данное явление стали обозначать термином «созависимость» (Гунько А. А., Москаленко В. Д., 1992; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2001). Отмечается, что созависимость возникает не только при алкоголизме, но и при любом другом хроническом стрессогенном событии внутри семьи. D. Meyer считает: «... похоже, что созависимость может существовать независимо от алкоголизма, она отражает глобальную тенденцию фокусироваться на внешнем окружении ценой утраты контакта с внутренними процессами» (цит. по: Edmundson R. et al., 2000).

Наиболее полное определение этого понятия было дано В. Д. Москаленко (1991), где созависимость определяется как «... эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившиеся в результате длительного подверженности стрессу и использование подавляющих правил, которые не позволяют открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы».

Внешняя референтность созависимых людей проявляется, прежде всего, в том, что это аддиктивный стиль отношений (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Созависимостью можно назвать зависимость от зависимого и отказ от самого себя.

«Созависимый человек – это тот, кто позволил поведению другого человека воздействовать на него, и кто одержим попытками контролировать поведение другого человека».

Созависимые лица используют отношения с другим человеком так же, как химические или нехимические аддикты используют аддитивный агент (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Явления зависимости и созависимости во многом идентичны (Коробкина З. В., 2000). Сам больной зависит от какого-либо психоактивного вещества, а близкий человек, проживающий вместе с ним, зависит от состояния больного. Так, если член семьи приходит домой в состоянии угнетения, созависимый человек испытывает аналогичное состояние, не понимая, что «угнетение принадлежит другому».

У созависимых лиц легко развиваются другие формы аддикции, в том числе химические. В этих случаях связь созависимого аддикта с другим аддиктом создает систему соаддитивных отношений. При этом совсем не обязательно, чтобы аддикции совпадали (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Жизнь созависимых людей структурируется вокруг мысли, что другие подумают о них. Окружающие воспринимают поведение созависимых людей как поведение альтруистов. Рядом авторов отмечено разнообразие проявлений алкогольной зависимости и созависимости, поскольку они касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, системы верований и оценок, а также отражаются и на физическом здоровье (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Вместе с тем они обнаруживают ряд схожих признаков, что позволяет сопоставить эти две проблемы.

В качестве рабочего инструмента можно принять определение: «Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей» (Москаленко В. Д., 2004).

Созависимыми являются: 1) лица, находящиеся в браке или в любовных взаимоотношениях с больным зависимостью от ПАВ; 2) родители больных зависимостью от ПАВ; 3) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных зависимостью от ПАВ; лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях; 4) лица, страдающие зависимостью, до и после активного периода болезни (преморбидное и постморбидное состояния). Созависимость соответствует патологическому развитию личности (Москаленко В. Д., 2006). Клинические корреляты созависимости: дистимия, тревога, депрессия, пограничные нарушения, пассивно-агрессивное поведение, психосоматическое нарушения.

Личностные характеристики созависимости: низкая самооценка (в сознании доминируют различные долженствования: «я должна», «ты должен»), компульсивное желание контролировать жизнь других (невозможность достичь цели приводит к депрессиям, фрустрациям, утра-

те смысла жизни); желание заботиться о других, спасать их (возможность чувствовать себя незаменимыми), разнообразные страхи (основа любой зависимости) и другие негативные (токсические) эмоции – тревога, стыд, отчаяние, обида, гнев.

Границы в созависимых взаимоотношениях между их личностью и другим человеком растворены. Созависимые лица даже говорят о себе во множественном числе, используя местоимение «мы» («у нас опять запой»).

Существует параллелизм между явлениями зависимости и созависимости. В основе любой аддикции находится созависимость, которая провоцирует развитие других аддикций. Но созависимость является более тяжелой формой аддикции, чем аддикция к конкретной активности или агенту. Поскольку созависимость – это то же аддикция, но более глубокая и труднее поддающаяся коррекции, была выдвинута гипотеза о том, что психологические особенности созависимых и зависимых от алкоголя женщин имеют определенные личностные сходства, но при этом различаются по эмоциональному состоянию, психологическим защитам и копинг-стратегиям.

В основе любой аддикции находится созависимость, которая провоцирует развитие других аддикций. Созависимость – это «концентрация на проблемах другого человека, которая препятствует удовлетворению собственных жизненно важных потребностей». J. Bradshaw (1988) отмечает, что «созависимость есть утрата внутренней реальности и аддикция к внешней реальности».

Возникает созависимость не только при алкоголизме, но и при любом другом хроническом стрессогенном событии внутри семьи. D. Maueг отмечал: «... похоже, что созависимость может существовать независимо от алкоголизма, она отражает глобальную тенденцию фокусироваться на внешнем окружении ценой утраты контакта с внутренними процессами» (цит. по: Edmundson R. et al., 2000). Согласно концепции психогенеза алкоголизма S. Reichelt-Nauseef, формирование созависимости понимается как результат дополняющего взаимодействия между членами семьи, который сохраняет семейный гомеостаз. Явления зависимости и созависимости во многом идентичны: сам больной зависит от какого-либо психоактивного вещества, а близкий человек, проживающий вместе, зависит от зависимого.

Исследование проводилось в течение 5 лет на базе отделения аддитивных состояний клиники ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Проведено экспериментально-психологическое исследование 150 женщин.

В первую группу вошли 52 женщины (возраст $42 \pm 3,1$ года) с диагнозом «невротическое расстройство» (F48.9, МКБ-10) и признаками созависимости, которые состояли в браке ($5,2 \pm 1,3$ года) с мужчинами, страдающими алкоголизмом ($5,4 \pm 0,7$ года). Вторая группа включает 49 женщин (возраст $33,6 \pm 7,5$ года) с диагнозом «алкоголизм» (F10.2; давность заболевания – $5,3 \pm 2,7$ года). Группу контроля составили 49 женщин (возраст – $35,4 \pm 2,67$ года) без психических расстройств и алкогольных проблем в семье (третья группа).

Метод психодиагностики заключался в использовании стандартизованных опросников «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л. И., Клубова Е. Б., 1998) и «Копинг-стратегии» (Хайм Е., 1988); теста определения уровня невротизации и психопатизации (Кабанов М. М., 1988); личностного теста MMPI S. Hathaway, J. Mc-Kinley (1951) в модификации В. П. Зайцева (1981) – тест Mini-mult.

Рассмотрены личностные профили изучаемой выборки, полученные с помощью методики MMPI. Усредненный психологический профиль созависимых представлен подъемом по шкалам 2, 6, 9. Код профиля схож с кодом профиля у женщин, злоупотребляющих алкоголем, – повышение по шкале 2 депрессии (D), подъем по шкале 6 (Pa) и шкале 9 (Ma) (код профиля 2, 6, 9/-8,K).

Сравнивая показатели шкал опросника, можно отметить, что личностные профили зависимых от алкоголя и созависимых не имеют существенных различий. Следовательно, в структуре личности созависимых и зависимых от алкоголя женщин выявляются сходные проявления. К ним относятся следующие: сниженное либо неустойчивое настроение, неудовлетворенность, эмоциональная напряженность, избыточная тревога (об этом свидетельствуют показатели шкалы 2), неудовлетворенность социальным статусом (данные оценочной шкалы K), эгоцентричность, эмоциональная незрелость, склонность к ревности и легко возникающая агрессия (высокие показатели по шкалам 4 и 9), циклотимический тип реагирования (соотношение показателей по шкалам 2 и 9). Шкальные оценки теста представлены в таблице 6.

Показатели проявления ригидности в группе созависимых достоверно выше, чем в группе зависимых от алкоголя женщин, что свидетельствует о большей ригидности при созависимости, склонности к подозрительности, созданию трудно корригируемых концепций, об ощущении враждебности со стороны окружающих. Кроме того, выявлены достоверные различия между нозологическими группами по шкале 7 (Pt) ($p < 0,011$; $t = 2,59$). Подъем по шкале 7 свидетельствует о том, что у зависимых личностей более выражены тревожность и потребность следовать социальным нормам.

Таблица 6

Дескриптивные статистики по тесту MMPI женщин, зависимых от алкоголя, и женщин, созависимых от алкоголизации мужей ($M \pm m$)

Шкала	Созависимость	Алкогольная зависимость	Норма
L	47,02 $\pm$ 1,16	46,92 $\pm$ 1,31	44,71 $\pm$ 1,27
F	59,98 $\pm$ 2,02	55,63 $\pm$ 2,14	47,78 $\pm$ 1,77
K	55,62 $\pm$ 1,84	56,20 $\pm$ 1,99	60,67 $\pm$ 2,10
Hs	49,52 $\pm$ 2,16	50,33 $\pm$ 1,87	48,94 $\pm$ 2,27
De	59,00 $\pm$ 2,03	59,29 $\pm$ 2,09	50,36 $\pm$ 1,84
Hu	49,83 $\pm$ 1,76	49,08 $\pm$ 1,88	56,33 $\pm$ 1,88
Pd	71,94 $\pm$ 1,76	69,94 $\pm$ 1,7	59,51 $\pm$ 1,77
Pa	59,73 $\pm$ 2,05*	59,69 $\pm$ 2,60*	56,24 $\pm$ 2,31
Pt	65,33 $\pm$ 3,52**	63,63 $\pm$ 2,51**	60,29 $\pm$ 3,54
Sch	55,37 $\pm$ 3,34	55,33 $\pm$ 2,99	48,27 $\pm$ 3,39
Ma	49,56 $\pm$ 1,78	49,57 $\pm$ 1,62	52,86 $\pm$ 1,74

Примечание. * – $p < 0,037$ при $t = 2,11$; ** – $p < 0,011$ при $t = 2,59$.

Профиль личности женщин нормативной группы имеет отличие от конфигурации шкал при алкогольной зависимости и созависимости. Незначительный подъем по шкалам «невротической триады» и шкале тревожности свидетельствует о легких невротических проявлениях. Подъем по шкалам 4 и 9 свидетельствует об умеренно выраженной активности. Далее рассмотрены личностные профили трех групп обследуемых, представленные на рисунке 4.

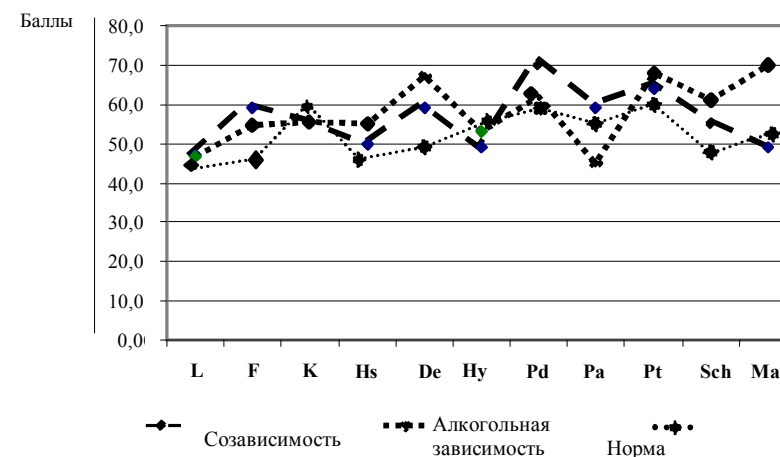


Рис. 4. Усредненные личностные профили MMPI женщин, зависимых от алкоголя, и женщин, созависимых от алкоголизации мужей

Код профиля при созависимости имеет сходство с аналогичным профилем при алкогольной зависимости. Отмечается повышение по шкалам 2 (депрессии), 7 (тревожности) и 9 (активности). Код профиля: 2, 7, 9/-8, К.

Профиль состояния женщин нормативной группы имеет отличие от конфигурации шкал при алкогольной зависимости и созависимости. Выявленный незначительный подъем по шкалам «демонстративных тенденций» и «тревожности» свидетельствует о нерезко выраженных невротических проявлениях, подъем по шкалам 4 и 9 – об умеренно выраженной активности. Профиль личности созависимых женщин имеет отличие от конфигурации шкал зависимых от алкоголя женщин и группы сравнения. Подъем по шкалам «невротической триады» и по шкале тревожности у женщин группы сравнения свидетельствует о наличии невротических проявлений, умеренно выраженной депрессии, тревоге, снижении энергетического уровня (вероятно, ситуационно обусловленные в связи с пребыванием в стационаре).

Анализ профилей трех групп обследованных женщин позволяет выявить выраженную схожесть средних значений личностных профилей зависимых и созависимых женщин и отличие их от средних значений личностных профилей женщин группы сравнения. Это подтверждает гипотезу о схожести психологических проявлений зависимости и созависимости и отличие их от условной нормы (женщин, не имеющих алкогольных проблем у них самих и в созданных ими семьях). Анализ усредненного личностного профиля, представленный подъемом по шкалам депрессии, тревоги и гипоманиакальных тенденций (код профиля 2,7,9/-8, К), позволил описать «созависимых» от алкоголизации мужей женщин.

Повышение профиля созависимых женщин по шкале 2 «пониженного настроения и пессимизма» свидетельствует о их неудовлетворенности, склонности к волнениям, внутренней напряженности, тревоге, страхе, ощущении дискомфорта. Эмоциональная ригидность созависимых женщин сказывается в том, что они имеют тенденцию попадать «в ловушку» глубоко охватывающего единственного чувства, например, вины, гнева, жалости. Значения шкалы «аффективной ригидности» усиливаются в связи с повышением показателей по шкале «активности», что свидетельствует о затруднениях в межличностных контактах, ощущении враждебности, манипулировании окружающими для достижения своих целей. Для созависимых женщин свойственны пониженная самооценка, неудовлетворенность, ощущение потери прежнего социального статуса.

Повышение показателей по шкале «депрессивных тенденций» на фоне высоких значений шкалы «аффективной ригидности» свидетельствует о сенситивности к критическим высказываниям со стороны окружающих, циклотимическом типе реагирования, эмоциональной лабильности.

Таким образом, сравнительный анализ личностных профилей в нозологических группах свидетельствует о близости показателей средних значений при зависимости от алкоголя и созависимости, а также об отличии этих показателей от нормативной группы.

Рассматривая стратегии совладания с психотравмирующей ситуацией с помощью методики копинг-поведения, нами учитывались первые три выбора – предпочитаемые стратегии и последние три выбора – отвергаемые. Установлены некоторые особенности, характерные для женщин созависимых от алкоголизации мужей. В поведенческой сфере отмечалось предпочтение адаптивных стратегий: обращения, альтруизма, отвлечения; из неадаптивных стратегий чаще всего пациентки прибегали к отступлению и активному избеганию, при этом отвергали сотрудничество. В эмоциональной сфере предпочтение отдавалось оптимистическому типу реагирования и подавлению эмоций. Отвергаемую стратегию сотрудничества и собственной значимости можно объяснить низкой самооценкой женщин как основной характеристики созависимости (Егоров А. Ю., 2004; Кравцова Т. В., Великанова Л. П., 2010; Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Мазурова Л. В., 2011).

В своем поведении жены больных алкоголизмом отличаются хаотичностью, стремлением любой ценой найти способ для разрешения ситуации. Характеризуются неустойчивыми мотивами и побуждениями: например, при злоупотреблении алкоголем в семье стремятся к соблюдению трезвости и, напротив, в ремиссии своими поступками, раздражительностью, суетливостью могут провоцировать алкоголизацию мужа. Жалость или заботливость к мужу могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию. Выявленные личностные особенности созависимых женщин подтверждают необходимость психологической коррекции, особенно в отношении их чувства вины, неадекватной самооценки, повышенного чувства ответственности и осознания проблем «созависимости», обусловленных потреблением алкоголя одним из членов семьи.

Исследованы особенности корреляционных взаимосвязей между психологическими защитами и уровнем невротизации-психопатизации у женщин с алкогольной зависимостью. Корреляционный анализ выявил следующие особенности, характеризующие защитные стили женщин с алкогольной зависимостью.

Установлено, что психологическая защита регрессия имеет прямую взаимосвязь с вытеснением ($r=0,31$, $p<0,05$). Компенсация положительно взаимосвязана с отрицанием ($r=0,35$, $p<0,05$) и регрессией ($r=0,58$, $p<0,05$). Проекция находится в прямой взаимозависимости с вытеснением ($r=0,38$, $p<0,05$). Замещение также находится в прямой взаимосвязи с вытеснением ($r=0,29$, $p<0,05$), регрессией ($r=0,57$, $p<0,05$), компенсацией ($r=0,44$, $p<0,05$) и проекцией ($r=0,33$, $p<0,05$). Интеллектуализация положительно коррелирует с вытеснением ($r=0,04$, $p<0,05$), компенсацией ($r=0,37$, $p<0,05$) и проекцией ($r=0,38$, $p<0,05$). Реактивное образование имеет также прямые корреляции с проекцией ($r=0,53$, $p<0,05$) и интеллектуализацией ($r=0,46$, $p<0,05$). Выявлено, что вытеснение имеет обратную взаимосвязь с уровнем невротизации ($r=-0,3$, $p<0,05$). Регрессия также имеет обратную взаимосвязь с уровнем невротизации ($r=-0,3$, $p<0,05$). ПЗ компенсация – обратную взаимосвязь со шкалой лжи ($r=-0,3$, $p<0,05$) и прямую зависимость – с уровнем психопатизации ($r=0,33$, $p<0,05$). Проекция напрямую взаимосвязана с замещением ($r=0,33$, $p<0,05$), интеллектуализацией ($r=0,38$, $p<0,05$) и реактивным образованием ($r=0,53$, $p<0,05$) и обратно взаимосвязана с уровнем невротизации ($r=-0,3$, $p<0,05$). Замещение отрицательно коррелирует с уровнем невротизации ($r=-0,35$, $p<0,05$). Интеллектуализация положительно коррелирует с реактивным образованием ($r=0,46$, $p<0,05$). Реактивное образование сохраняет прямую взаимосвязь с психопатизацией ($r=0,41$, $p<0,05$).

Корреляционный анализ между механизмами психологической защиты и уровнем невротизации-психопатизации женщин, зависимых от алкоголя, позволил выявить определенную систему (блок) защитных механизмов. Установлено, что ключевой формой психологической защиты является вытеснение, которое тесно связано с другими способами защиты. В ситуации увеличения потребности в алкоголе желание наталкивается на запрет и социальное осуждение, для преодоления которого вызывается аффект, приводящий к декомпенсации. Для этой стадии характерны ослабление эмоционально-волевого контроля, агрессивные импульсы, направленные на микросоциальное окружение. Используемый защитный блок содержит регрессию, замещение, проекцию, вытеснение. Проекция и вытеснение – вспомогательные защиты, которые способствуют асоциальному поведению. С помощью проекции осуществляется оправдание алкогольных эксцессов, при этом ответственность за содеянное приписывается неблагоприятным внешним обстоятельствам, а замещение позволяет вытеснить неблагоприятные поступки.

В системе социального функционирования агрессия направлена на микросоциум, в частности на семью, медицинский персонал. На этапе завершения лечения алкогольной личности срабатывают защиты проекция и вытеснение (того поведения, которое было в прошлом); происходит поиск рационального объяснения и оправдания внешними неблагоприятными факторами своей алкоголизации.

Психологические защиты второго блока – реактивное образование и компенсация связаны с интеллектуализацией. В данном случае связь компенсации и интеллектуализации с реактивным образованием объясняется психологической потребностью алкогольной личности снять напряжение с помощью оправдания своего асоциального поведения псевдоразумными доводами. Например, алкоголизация позволяет снизить напряжение в межличностных контактах, уменьшить раздражительность, помогает расслабиться, переключиться с работы на отдых и т. д.

У женщин с алкогольной зависимостью адаптивно-защитный комплекс отличается меньшей эффективностью по сравнению с нормой и характеризуется стилем, определяемым как «психопатический» (рис. 5).

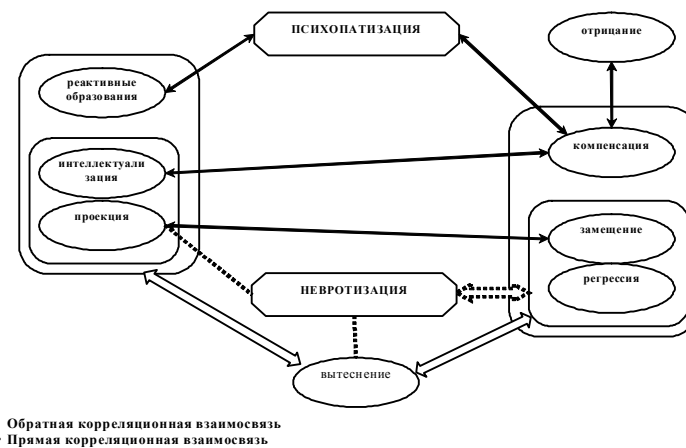


Рис. 5. Корреляционные взаимосвязи между психологическими защитами и показателями психопатизации и невротизации у женщин с алкоголизмом

Интерпретируя психологическое содержание защитных стилей в нозологических группах и в норме, можно утверждать, что для женщин с созависимостью и алкогольной зависимостью характерны специфичные защитные комплексы, каждый из которых содержит большую деструктивную направленность по сравнению с нормой.

По сравнению с алкогольной зависимостью в группе с проблемами созависимости на статистически значимом уровне преобладают такие защиты, как «реактивное образование», «регрессия», «интеллектуализация». Такое распределение защитного комплекса может быть связано с наличием большего эмоционального напряжения и тревоги, которые являются результатом хронического стресса. Данный защитный комплекс становится стереотипным, затем ригидным и патологизирующим. При длительном действии этого дезадаптивного защитного стиля снижается возможность проявления более конструктивных способов совладания с реальностью и поисков выхода из проблемной ситуации.

В группе женщин, зависимых от алкоголя, часть эмоционального напряжения трансформируется при его употреблении. При этом дезадаптивные защитные стили базируются на избыточных проявлениях психологических защит по типу отрицания, регрессии, реактивного образования, проекции, компенсации, замещения и на недостаточных проявлениях – интеллектуализации, формирующих анозогностическое отношение к болезни и невозможность прекращения алкогольной аддикции.

У женщин с проявлениями созависимости защитный комплекс характеризуется избыточным использованием психологической защиты по типу реактивное образование, регрессия и компенсация, умеренным использованием замещения и отрицания, а также низким уровнем интеллектуализации, проекции и вытеснения. В защитном комплексе пациенток, зависимых от алкоголя, преобладают избыточно выраженные психологические защиты: реактивное образование, регрессия, отрицание, компенсация, замещение; умеренно выражена проекция; низкие показатели у вытеснения и интеллектуализации.

По сравнению с пациентками с алкогольной зависимостью и созависимостью у женщин без нарушений психического здоровья защитный стиль представлен интеллектуализацией. Более низкие значения имеют показатели регрессии, реактивного образования, компенсации. Наименее адаптивные способы психологической защиты в нормативной группе имеют меньшие количественные показатели.

Отмечается специфика неадаптивных стратегий при алкогольной зависимости и созависимости. При алкогольной зависимости в большей степени выявлено преобладание неадаптивных стратегий «отрицание» и «диссимуляция» и снижение «конструктивной активности». При созависимости выражено преобладание «диссоциации». В большинстве случаев в нозологических группах стратегии совладания по типу избегания утрачивают свою функциональную направленность и трансформируются в способы психологической защиты.

В большинстве случаев при зависимости от алкоголя и созависимости стратегии совладания утрачивают свою функциональную направленность и трансформируются в способы психологической защиты. При этом уровень совладания, включенный в адаптивную систему, утрачивает свое предназначение и становится дубликатом психологической защиты, что значительно снижает эффективность адаптивного комплекса.

В целом уровень стратегий совладания как компонента адаптивно-защитной системы у пациентов с алкогольной зависимостью и женщин с созависимостью отличается значительными деструктивными проявлениями по сравнению с нормой.

КЛИНИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

3.1. Общая характеристика проблемы коморбидности

Для обозначения сочетанных психических и поведенческих расстройств в литературе используется множество равнозначных понятий: «смешанные», «ассоциированные», «коморбидные», «заболевания с двойным диагнозом», «сопутствующие», «микст-патология» – у отечественных авторов; «comorbidity», «concurrent diseases», «co-occurring diseases», «coexistent diseases», «mixed diagnosis», «dual diagnosis», «double bind» – у англоязычных авторов.

Понятие коморбидности впервые предложил A. R. Feinstein (1970). Он подразумевал под ним дополнительную клиническую форму, которая существует или может появиться в клинической картине текущего заболевания. Ю. Л. Нуллер (1997) считает, что из-за формализации диагностических критериев в современных классификациях психических и поведенческих расстройств у некоторых больных симптоматика не укладывается в рамки одной нозологической единицы. Возникает необходимость диагностирования двух психических расстройств одновременно. А. Б. Смулевич и др. (1999) определяют коморбидность как сосуществование у одного пациента двух или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность). В DSM-IV коморбидность рассматривается как присутствие двух и более диагнозов по одной или нескольким осям.

Сочетание одновременно формирующихся заболеваний приводит к сложному взаимовлиянию в силу синтропии (взаимное родство), патологического синергизма (усиление), дистропии (антагонизм) (Кербинов О. В., 1971). A. Frances et al. (1992) рассматривают в качестве механизма коморбидности предрасполагающую роль одного синдрома к развитию другого. Коморбидность двух психических расстройств, по мнению E. A. Young (1991) и H. U. Wittchen (1996), обуславливают следующие причины: одно из них создает условия для возникновения другого; первое является этапом развития второго; оба состояния служат результатом единого патологического процесса, а различия обусловлены влиянием внешних факторов; оба имеют общие механизмы патогенеза (цит. по: Нуллер Ю. Л., 1997).

В последние годы появилось большое количество работ, в которых обсуждаются вопросы сочетанных психических и поведенческих расстройств (Альтшулер В. Б., 1999; Агарков А. П., 2000; Красильников Г. Т., 2002; Крылов Е. Н., 2003; Пивень Б. Н., Кузенкова Н. Н., 2005;

Марута Н. А., Данилова М. В., 2005; Собенников В. С., Дашинамжилова В. Н., 2005; Арутюнова Э. Э. и др., 2005; Агibalова Г. В., Винникова М. А., 2005; Никифоров И. А., Чернобровкина Т. В., Артемчук А. Ф., Сосин И. К., 2006; Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009; Bongiorno F. P., 1996; Donanti R., Bachmann K. M., 1997; Stohler R., Ladewig D., 1997; Blixen C. E. et al., 1997).

Указанное обстоятельство свидетельствует об актуальности этой проблемы и делает очевидной целесообразность тщательного и многопланового ее изучения. В настоящее время обнаруживается высокий рост напряженности алкогольной ситуации, связанной с распространением тяжелых и ассоциированных форм алкогольной зависимости, в первую очередь сочетанных с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга неалкогольного (травматического, сосудистого) генеза, все возрастающим удельным весом алкогользависимой смертности в структуре общей летальности населения (Гофман А. Г. и др., 2004; Лопатин А. А., Кокорина Н. П., Селедцов А. М., 2005; Овчинников А. А., Бохан Н. А., Дресвянников В. Л., 2007). Высокие показатели бытового и производственного травматизма и черепно-мозговых травм связаны, как правило, с алкоголизацией (Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2007).

Наличие коморбидной экзогенно-органической патологии головного мозга признается в качестве важного фактора патофизиологической почвы, определяющего формирование клинической гетерогенности больных ассоциированными (сочетанными) формами алкоголизма, в том числе при его психотических вариантах (Бохан Н. А., 2000–2003; Городничев В. В. и др., 2006; Овчинников А. А. и др., 2007). Отмечены стабильно высокие показатели травматизма и черепно-мозговых травм, а также распространенность артериальной гипертонии у трудоспособного населения, которая составляет 15–20 %, а среди лиц старшей возрастной группы возрастает до 30–40 % (Гогин Е. Е. и др., 2006).

Отмечен высокий интерес исследователей к изучению взаимоотношения алкоголизма и органических заболеваний головного мозга. Так, Н. А. Бохан (1996) путем клинико-психопатологического анализа выявил типологическую разнородность больных алкоголизмом с установлением основных вариантов коморбидного экзогенно-органического поражения головного мозга – травматического, гипертонического, вертеброгенного генеза. Наряду с этим обнаружено, что для развития органического поражения головного мозга у женщин требуется меньше по количеству перенесенных экзогенных вредностей, а это предполагает меньшую устойчивость женщин к экзогенным воздействиям (Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Трескова И. А., Кисель Н. И., 2011).

Показано нарастание частоты изучаемых расстройств в мужских и женских когортах больных по мере увеличения их возрастного фактора (Шереметьева И. И., 2008). Общей закономерностью течения алкоголизма с коморбидным органическим поражением головного мозга являлось его прогрессивное развитие. Установлены различия по структуре, соотношению и степени выраженности синдромов алкоголизма в зависимости от топико-этиологической приуроченности коморбидного поражения. Клиническая динамика некоторых симптомокомплексов алкоголизма (снижение толерантности к этанолу, развитие постоянной и перемежающейся форм алкоголизации, возникновение амнестических и других психоорганических расстройств) характеризовалась ускоренным развитием уже во второй стадии заболевания.

3.2. Клиническая динамика алкоголизма у женщин с коморбидными психоневрологическими и психосоматическими расстройствами

Изучение динамики основных клинических проявлений алкоголизма у женщин основной группы в отличие от группы сравнения показало, что первичное патологическое влечение, ведущее к систематическому злоупотреблению алкоголем, выявлялось в возрасте в среднем $24,6 \pm 5,6$ года (в группе сравнения – $22,6 \pm 3,9$ года). При анализе продолжительности систематического употребления алкоголя до развития клинической картины зависимости у женщин обеих групп статистически значимых различий не выявлено. В 58,5 % случаев длительность заболевания на момент обследования составляла от 5 до 10 лет и более (в группе сравнения – 52,0 %), от 3 до 5 лет – 31,5 % (в группе сравнения – 28,0 %), от 1 года до 3 лет – лишь в 10,0 % (в группе сравнения – 20,0 %) (табл. 7).

Т а б л и ц а 7

Распределение женщин по продолжительности систематического употребления алкоголя до развития алкогольной зависимости

Длительность систематического употребления алкоголя	Основная группа		Группа сравнения	
	абс	%	абс	%
От 1 до 3 лет	13	10,0	10	20,0
От 3 до 5 лет	41	31,5	14	28,0
От 5 до 10 лет	56	43,0	23	46,0
Более 10 лет	20	15,5	3	6,0
Всего	130	100	50	100

Потеря количественного контроля в опьянении, повышение толерантности к спиртному и начальные признаки ААС отмечены в возрасте $30,9 \pm 6,5$ года (в группе сравнения $28,9 \pm 6,7$ года). Достоверно чаще в основной группе выявлялась трансформация картины опьянения (табл. 8), которая составила 83,1 % случаев (в группе сравнения – 60,0 %; $p < 0,05$).

Т а б л и ц а 8

**Клинические особенности трансформации картины опьянения
при острой алкогольной интоксикации у женщин**

Картина опьянения	Женщины 1-й (основной) и 2-й (сравнения) групп с симптомами острой алкогольной интоксикации ($p<0,05$)			
	1-я (n=130)		2-я (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Не трансформировалась	22	16,9	20	40,0
Укорочение периода эйфории, раздражительность	29	22,3	13	26,0
Эксплозивно-дисфорическая	21	16,2	5	10,0
Эмоциональная лабильность	24	18,4	8	16,0
Депрессивная	19	14,6	0	0
Истерическая	15	11,6	4	8,0

Манифестация амнестических форм опьянения в среднем отмечалась в возрасте $30,3\pm 6,4$ года (в группе сравнения – в $33,6\pm 6,3$ года; $p<0,05$). Завершение формирования алкогольного абстинентного синдрома происходило в среднем к возрасту $33,4\pm 6,8$ года, в группе сравнения – в $34,4\pm 6,1$ года (табл. 9).

Т а б л и ц а 9

Возрастная динамика формирования синдромов алкогольной зависимости у женщин

Клинический признак	Основная группа	Группа сравнения	p
Возраст формирования первичного патологического влечения к алкоголю, лет	$24,6\pm 5,6$	$22,6\pm 3,9$	$p<0,05$
Возраст манифестации амнестических форм опьянения, лет	$30,3\pm 6,4$	$33,6\pm 6,3$	$p<0,05$
Возраст формирования признаков ААС, лет	$30,9\pm 6,5$	$28,9\pm 6,7$	$p<0,05$
Возраст завершения формирования ААС, лет	$33,4\pm 6,8$	$34,1\pm 6,1$	
Возраст формирования псевдозапойной формы употребления алкоголя, лет	$33,6\pm 6,9$	$31,4\pm 6,9$	$p<0,05$
Соматоневрологическая симптоматика в структуре ААС	$33,9\pm 2,5$	$37,8\pm 1,8$	
Возраст первого обращения за наркологической помощью	$37,2\pm 7,5$	$34,4\pm 6,8$	$p<0,05$

Клиническая манифестация соматоневрологических осложнений, рассматриваемых как последствия хронической алкогольной интоксикации и формирование алкогольно-обусловленной церебрально-органической патологии, происходила у женщин в возрасте $33,9\pm 2,5$ года (в группе сравнения – в $37,8\pm 1,8$ года).

В результате проведенного исследования выявлено, что основные синдромы алкогольной зависимости у женщин с коморбидной соматоневрологической и психической патологией характеризуются ускоренным темпом формирования.

3.2.1. Коморбидность алкогольной зависимости и последствий черепно-мозговой травмы у женщин

Ведущими в патогенезе основных проявлений алкоголизма являются изменения в диэнцефальной области, которые приводят к срыву нейрогуморальных компенсаторных механизмов. Уровень и качество этих механизмов во многом зависят от их преморбидного состояния и наличия коморбидной патологии. Из широкого спектра заболеваний, сочетающихся с алкоголизмом, актуальным является изучение, прежде всего тех, при которых поражаются церебральные структуры, включаемые в центральные патогенетические механизмы алкоголизма, тем самым обуславливая предпосылки появления особенностей алкоголизма и его осложнений.

Наиболее часто в качестве коморбидной патологии центральной нервной системы у больных алкоголизмом рассматривается травматическое поражение головного мозга, которое резко усиливает прогрессивность алкоголизма, выраженность его основных проявлений (Шумаков В. М., Гиндикин В. Я., Ряшитова Р. К., 1981; Семке В. Я., Бохан Н. А., 1989; Чубаркин, М. М., 2006).

В отечественной и зарубежной литературе активно изучается вопрос о сочетании алкоголизма с последствиями черепно-мозговой травмы (Имамов А. Х., Ниязов И. Н., 1986; Белов В. П., 1990; Корнилов А. А., 2001; Сергеев В. А., 2004; Беседина О. Б., Цивинский А. Д., 2004; Корнилов А. А., 2004; Бермант-Полякова О. В., 2006; Шереметьева И. И., 2006; Бохан Н. А., 2006; Чубаркин М. М., 2006; Baldwin D. V., 1997). Так, ЧМТ, фиксируемые ежегодно примерно у 4 человек на каждую 1000 населения, не менее чем в 40–60 % случаев связаны с алкогольной интоксикацией (Мажнеев Т. П., 2005; Шеховцева К. В., 2006; Мордовцев А. Г., 2007; Редько И. А., 2007).

Вполне закономерен, в силу данных обстоятельств, устойчивый исследовательский интерес, проявляемый в течение последний десятилетий, к различным аспектам такой сочетанной патологии, которые в клиническом плане можно свести (с определенной долей условности) к двум основным направлениям. В рамках одного из них, охватывающего работы, нацеленные на изучение влияния острой и хронической алкогольной интоксикации на клинику раннего и отдаленного периодов ЧМТ, получены убедительные свидетельстваотягощающего влияния алкоголизма на течение травматической болезни головного мозга, проявляющиеся в более выраженной и стойкой психопатизации, снижении памяти и интеллекта, энцефалопатической симптоматике, а также в большей частоте эпилептиформного синдрома, описаны рано

появляющиеся измененные формы опьянения, снижение толерантности, более частые дисфорические, эксплозивные, истерические с преобладанием депрессивного аффекта формы измененного опьянения, удлинение абстинентного синдрома с присоединением параноидной настроенности, элементарных сенсорных расстройств (Бохан Н. А., 1996; Агарков А. П., 2000; Мандель А. И., Бохан Н. А., 2003; Виленский Б. С., 2004; Жабо Е. А., 2005; Дралюк Н. С. и др., 2006; Чубаркин М. М., 2006; Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И., 2006; Лебедев Н. В. и др., 2008; Канарейкина И. Л., 2008; Чухрова М. Г. и др., 2008). В свою очередь работы, представляющие другое направление – ориентированное на исследование роли ЧМТ в формировании особенностей клиники и динамики алкоголизма, не менее убедительно демонстрируют, что ЧМТ способствует как более быстрому развитию алкоголизма, так и большей злокачественности его течения.

В ходе изучения динамики основных клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза были выявлены следующие особенности. Первичное патологическое влечение, ведущее к систематическому злоупотреблению алкоголем, в рассматриваемых группах не имело достоверных различий и выявлялось в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза в среднем в возрасте $22,9 \pm 4,7$ года, в группе сравнения – $22,6 \pm 3,9$ года. Манифестация амнестических форм опьянения происходила достоверно в более раннем возрасте ($27,9 \pm 6,5$ года), соответственно в группе сравнения – в $33,6 \pm 6,3$ года ($p < 0,05$) (табл. 10).

Т а б л и ц а 1 0

Возрастная динамика формирования клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза

Клинический признак	Возраст появления клинического признака в группах		p
	С сочетанным поражением головного мозга травматического генеза	Группа сравнения	
Возраст формирования первичного патологического влечения к алкоголю, лет	$22,9 \pm 4,7$	$22,6 \pm 3,9$	
Возраст манифестации амнестических форм опьянения, лет	$27,9 \pm 6,5$	$33,6 \pm 6,3$	$p < 0,05$
Возраст формирования начальных признаков ААС, лет	$28,3 \pm 6,5$	$28,9 \pm 6,7$	
Возраст завершения формирования ААС, лет	$29,6 \pm 7,1$	$34,4 \pm 6,1$	$p < 0,05$
Возраст формирования псевдозапойной формы употребления алкоголя, лет	$30,1 \pm 7,4$	$31,4 \pm 6,9$	
Возраст появления соматоневрологической симптоматики в структуре ААС, лет	$31,9 \pm 1,9$	$37,8 \pm 1,8$	$p < 0,05$

Начальные признаки алкогольного абстинентного синдрома в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза отмечались в возрасте $28,3 \pm 6,5$ года, в группе сравнения – $28,9 \pm 6,7$ года. Завершение формирования основных проявлений синдрома отмены алкоголя в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза происходило в более раннем возрасте (к $29,6 \pm 7,1$ года), в группе сравнения – к $34,4 \pm 6,1$ года.

Появление псевдозапойной формы пьянства происходило практически на год раньше в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – в среднем в возрасте $30,1 \pm 7,4$ года (в группе сравнения – $31,4 \pm 6,9$ года). Манифестация соматоневрологической симптоматики в структуре синдрома отмены алкоголя выявлялась достоверно раньше в группе пациентов, имеющих в анамнезе перенесенную черепно-мозговую травму, и обнаруживалась уже к возрасту $31,9 \pm 1,9$ года (в группе сравнения – $37,8 \pm 1,8$) ($p < 0,05$).

Таким образом, формирование основных симптомов алкогольной зависимости в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза происходило в более сжатые сроки, что в свою очередь, возможно, было обусловлено прогрессированием экзогенно-органической патологии головного мозга на фоне хронической алкогольной интоксикации и формированием сочетанной алкогольно-дисциркуляторной патологии головного мозга.

В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза по сравнению с женщинами из группы сравнения достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечена психопатологическая трансформация алкогольного опьянения (в 80,0 и 60,0 % случаев соответственно). По частоте встречаемости в порядке убывания виды измененных картин опьянения распределились следующим образом (рис. 6).

В 2 раза чаще в клинической картине алкогольного опьянения выявлялась эксплозивно-дисфорическая симптоматика, что составило 20,0 % случаев (в группе сравнения – 10,0 %), немногим реже (17,8 %) встречалось укорочение периода эйфории и преобладание раздражительности (в группе сравнения – 26,0 %). Эмоциональная лабильность и депрессивная картина опьянения в рассматриваемой группе встречались практически в равных пропорциях и составили 15,6 и 15,5 % соответственно. В группе сравнения депрессивная симптоматика в клинике алкогольного опьянения не выявлялась, эмоциональная лабильность составила 16,0 % случаев. Истерическая окраска опьянения чаще была характерна для женщин из группы с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза и выявлялась у 11,1 % обследованных (в группе сравнения – у 8,0 %).

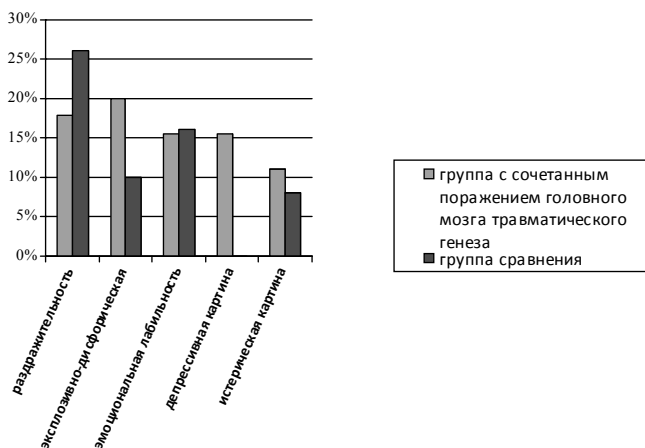


Рис. 6. Виды трансформации картины опьянения у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза и женщин группы сравнения

По форме злоупотребления алкоголем рассматриваемые группы достоверно не различались. В 57,8 % случаев оно носило псевдозапойный характер (в группе сравнения – в 72,0 %). Ежедневное употребление спиртных напитков на фоне низкой толерантности в группе женщин с коморбидной патологией головного мозга травматического генеза встречалось в 22,2 %, в группе сравнения – в 12,0 % случаев. Ежедневное пьянство на фоне высокой толерантности в этой группе отмечалось чаще и составило 13,3 %, в группе сравнения – 8,0 %.

Т а б л и ц а 1 1

Форма злоупотребления алкоголем женщинами с коморбидными последствиями черепно-мозговой травмы и женщинами группы сравнения

Форма злоупотребления алкоголем	Женщины с установленной формой злоупотребления алкоголем				р
	Группа с сочетанным пораже- нием головного мозга травма- тического генеза		Группа сравнения		
	абс.	%	абс	%	
Однодневные эксцессы	0	0	1	2,0	
По типу псевдозапойев	26	57,8	36	72,0	<0,05
Постоянное пьянство на фоне высокой толерантности	6	13,3	4	8,0	
Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности	10	22,2	6	12,0	<0,05
Перемежающаяся форма	3	6,7	3	6,0	

Переменяющееся пьянство по частоте встречаемости в рассматриваемых группах практически не отличалось и составило 6,7 % в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза и 6,0 % – в группе сравнения. Однодневные эксцессы в группе 1Б вовсе не выявлялись (в контрольной группе они встречались в 2 % случаев) (табл. 11).

При анализе показателей эффективности лечения и количестве предыдущих обращений за наркологической помощью, указывающих на особенности клинической динамики и прогрессивность развития алкогольной зависимости, было выявлено следующее. В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза вдвое реже встречались неоднократные госпитализации (3 и более раз), они составили 17,7 % от всех обследованных этой группы, в группе сравнения – 34,0 % случаев. Женщины чаще проходили лечение по поводу алкогольной зависимости однократно, что составило 57,9 % от всех обследованных этой группы. Дважды за наркологической помощью обращалось 24,4 % пациенток из группы с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза и 18,0 % обследованных из группы сравнения (рис. 7).

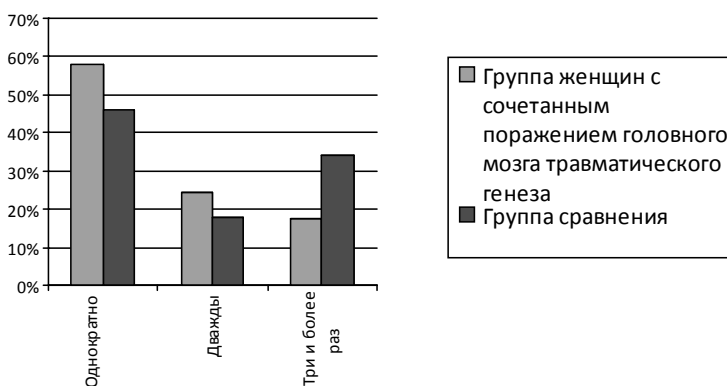


Рис. 7. Количество обращений за наркологической помощью женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза

В группе женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза более чем в 2 раза реже (в 6,6 % случаев) встречалось безремиссионное течение алкогольной зависимости (в группе контроля – в 14,0 %) (рис. 8).

У женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза в 57,7 % случаев длительность посттерапевтических ре-

миссий не соответствовала установочному сроку воздержания от употребления алкоголя (в группе сравнения – в 52,0 %). По длительности ремиссий пациентки распределились следующим образом: год и более воздерживались от приема спиртных напитков 42,3 % обследованных из группы женщин, имеющих ассоциированную патологию головного мозга травматического генеза (в группе контроля – 48,0 %). В 26,7 % случаев срыв происходил через 3 месяца после проведенной терапии (в группе сравнения – в 20,0 %) (рис. 9).

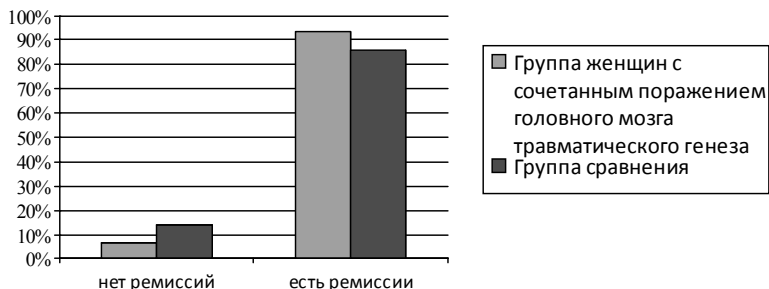


Рис. 8. Посттерапевтические ремиссии в группе женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза

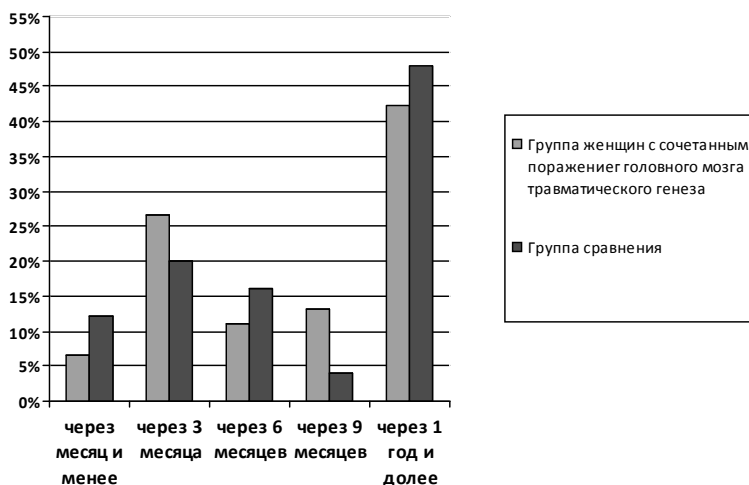


Рис. 9. Срыв после проведенной терапии у женщин, имеющих коморбидную патологию головного мозга травматического генеза

Через 9 месяцев с момента формирования ремиссии возобновили прием алкоголя 13,3 % женщин, в группе сравнения – лишь 4,0 % обследованных. Через 6 месяцев с момента выписки из отделения аддитивных состояний срыв произошел у 11,1 % пациенток из группы имеющих сочетанную патологию головного мозга травматического генеза и у 16,0 % женщин из группы сравнения. Практически сразу (через 1 месяц и даже менее 1 месяца) после выписки из стационара возобновили прием алкоголя 6,6 % обследованных и 12,0 % пациенток из группы сравнения.

В обеих рассматриваемых группах в подавляющем большинстве случаев спонтанные ремиссии не наблюдались. В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза они встречались втрое реже и составили 2,2 % от всех обследованных, в группе сравнения – 6,0 % соответственно.

Полученные результаты согласуются с данными литературных источников о том, что алкоголизм, протекающий на органически неполноценной почве, в частности ассоциированный с травматическим поражением головного мозга, резко усиливает прогрессивность алкоголизма, выраженность его основных проявлений (Корнилов А. А., 2004; Бермант-Полякова О. В., 2006; Шереметьева И. И., 2006; Бохан Н. А., 2006), имеет злокачественное течение с ранним появлением измененных формы опьянения, частых дисфорических, эксплозивных, истерических форм измененного опьянения с преобладанием депрессивного аффекта (Альтшулер Б. М., 1994; Шайдукова Л. К., 2000) и отличается большей резистентностью к применению фармакотерапевтических и психотерапевтических воздействий (Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И., 2006).

3.2.2. Коморбидность алкогольной зависимости и гипертонической болезни у женщин

В отечественных и зарубежных работах обсуждается, что в структуре коморбидной соматоневрологической патологии у больных с ассоциированными формами алкоголизма одно из ведущих мест занимает артериальная гипертония с развитием дисциркуляторной энцефалопатии, оказывающей существенное влияние на прогрессивность психопатологической симптоматики (в том числе аффективного компонента патологического влечения к алкоголю) и на выбор терапевтической тактики этой формы алкоголизма (Сиволап Ю. П., 2003; Альтшулер В. Б. и др., 2003; Моисеев В. С., 2003; Никулина Н. Н., Якушин С. С., Бойцов С. А., 2008; Иванец Н. Н. и др., 2003—2008; Schmitz N., Thefeld W., Kruse J., 2006).

Алкоголизм, ассоциированный с артериальной гипертензией, активно изучается как наркологами, так и интернистами (Руденская Г. Е., Смирнов В. Е., Энтин Г. М., 1982; Хасанова Р. Б., 1983; Москаленко Н. П., Глезер Г. А., Керимова С. К., 1986; Громов В. Л., Балкаров И. М., Лопаткина Т. Н., 1996; Нордлунд С., 2000; Белковец А. В., 2004; Зеленина И. Н., 2008; Жиров И. В., 2009; Gifford R. W., Westbook E., 1974), причем значительное внимание уделяется как различным аспектам артериальной гипертензии при хронической алкогольной интоксикации (Гирич Я. П., Мыльникова Н. В., 1982; Обухов Г. А., Волынец С. И., Костейко Л. А., 1988; Бурцев Е. М., Молоков Д. Д., 1990; Плачинда Ю. И., Белоног Р. П., Нощенко А. Г., 1992; Зеленина И. Н., 2008), особенностям алкогольного абстинентного синдрома у таких больных (Мурадханов М. А., Гаджиев С. Д., 1987; Табеев И. Ф., 1990), так и частным вопросам психопатологической трансформации опьянения и аффективных нарушений у женщин (Сметанников П. Г., 1988; Охапкин А. С., Шевченко Н. Д., Чебанова Н. Н. и др., 1988; Белковец А. В., 2004; Атаева Е. М., 2006; Медведев В. Э., 2007), возможностям прогнозирования вторичной артериальной гипертензии (Алексеева Е. В., 1991; Нордлунд С., 2000; Оганов Р. Г. и др., 2004).

Клинические работы, посвященные сочетанию алкоголизма и собственно гипертонической болезни, немногочисленны и содержат неоднозначную трактовку связи алкоголизации с первичной (эссенциальной) гипертензией. Обсуждаются данные, согласно которым почти 20 % случаев возникновения эссенциальной артериальной гипертензии обусловлены приемом алкоголя (Бритов А. Н., Мухин Н. А., Елисеева Н. А., 1991; Гогин Е. Е. и др., 2006; Комарова Н. А., 2007; Chan T. C., Wall R. A., Sutter M. C., 1985; Rupp H., Brilla C. G., Maisch B., 1996; Klatsky A. L., 1996). Авторами отмечается, что утяжеление при гипертензии алкоголизма происходит за счет ускоренного формирования психоорганических расстройств с различной выраженностью интеллектуально-мнестических нарушений (Сметанников П. Г., Лядков Н. В., 1978; Хасанова Р. Б., 1983). Однако при тяжелой соматической симптоматике у больных алкоголизмом отмечается переход на эпизодическое употребление спиртных напитков, формирование не только «вынужденных абстиненций», но и «спонтанных» ремиссий заболевания (Лукомская М. И., 1991). Причем подчеркивается, что именно «мягким» формам алкоголизма сопутствует развитие тяжелой висцеральной патологии, которая, в конечном счете, приводит к инвалидизации, а обострения терапевтического заболевания отмечаются и на фоне длительного воздержания от алкоголя.

У женщин с алкогольной зависимостью в менее продолжительные сроки развивается хроническая сердечная недостаточность, что, в свою очередь, усугубляет течение артериальной гипертензии, ухудшает качество жизни пациенток и характеризуется более неблагоприятным прогнозом (Винникова М. А., Агibalова Т. В., 2006; Жиров И. В., 2009).

В относительно немногочисленных исследованиях вариантов сочетания алкоголизма с церебральными проявлениями артериальной гипертензии указывается на утяжеление течения алкоголизма с усложнением клинических проявлений синдрома отмены (Сметанников П. Г., 2006), актуальность прогнозирования психоорганических нарушений (Алексеева Е. В., 1989) и разработки дифференцированной терапии (Шорин В. В., 1998; Бохан Н. А., 2003; Красильников Г. Т., 2004; Овчинников А. А. и др., 2006), в том числе в общесоматической сети (Коробицина Т. В., 2000).

В ходе изучения динамики основных клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин, имеющих в преморбиде диагностированную эссенциальную гипертоническую болезнь (группа 1А), было выявлено, что первичное патологическое влечение, ведущее к систематическому злоупотреблению алкоголем, в группе женщин с сочетанным сосудистым поражением головного мозга обнаруживалось в более позднем возрасте – в среднем в $23,1 \pm 6,6$ года, в группе сравнения – $22,6 \pm 3,9$ года. Манифестация амнестических форм опьянения происходила достоверно раньше в группе 1А и выявлялась уже к возрасту $29,1 \pm 6,5$ года, в группе сравнения – к $33,6 \pm 6,3$ года. Возраст появления начальных признаков алкогольного абстинентного синдрома в рассматриваемых группах достоверно различался. В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза они манифестировали позднее, чем у больных группы сравнения, соответственно в возрасте $30,1 \pm 6,6$ года (в группе сравнения – в $28,9 \pm 6,7$ года; $p < 0,05$). В группе 1А окончательное завершение формирования синдрома отмены алкоголя происходило к возрасту $31,4 \pm 6,0$ года, в группе сравнения – к $34,4 \pm 6,1$ года ($p < 0,05$).

Появление псевдозапойной формы пьянства у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза происходило в среднем к возрасту $31,9 \pm 6,0$ года, в группе сравнения – в возрасте $31,4 \pm 6,9$ года ($p < 0,05$). Манифестация соматоневрологической симптоматики в структуре синдрома отмены алкоголя выявлялась достоверно раньше в группе пациенток, имеющих в анамнезе эссенциальную гипертоническую болезнь, и обнаруживалась уже в возрасте $33,2 \pm 2,0$ года, в группе сравнения – $37,8 \pm 1,8$ года ($p < 0,05$) (табл. 12).

На прогрессивность церебральных расстройств при алкоголизме влияет не только максимальная доза принимаемого алкоголя, но и частота систематического злоупотребления (табл. 13).

Т а б л и ц а 1 2

Возрастная динамика формирования синдромов алкогольной зависимости у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза

Клинический признак	Возраст появления клинического признака, лет		p
	С сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза	Группа сравнения	
Возраст формирования первичного патологического влечения к алкоголю, лет	23,1±6,6	22,6±3,9	
Возраст манифестации амнестических форм опьянения, лет	29,1±6,5	33,6±6,3	p<0,05
Возраст формирования начальных признаков алкогольного абстинентного синдрома, лет	30,1±6,6	28,9±6,7	p<0,05
Возраст завершения формирования ААС, лет	31,4±6,0	34,4±6,1	p<0,05
Возраст формирования псевдозапойной формы употребления алкоголя, лет	31,9±6,0	31,4±6,9	
Возраст появления соматоневрологической симптоматики в структуре ААС, лет	33,2±2,0	37,8±1,8	p<0,05

Т а б л и ц а 1 3

Формы злоупотребления алкоголем женщинами с коморбидным поражением головного мозга сосудистого (гипертонического) генеза и группы сравнения

Форма злоупотребления алкоголем	Женщины с установленной формой злоупотребления алкоголем				p
	С сочетанным поражением го- ловного мозга сосудистого генеза		Группа сравнения		
	абс.	%	абс	%	
Однодневные эксцессы	0	0	1	2,0	
По типу псевдозапоев	19	38,0	36	72,0	<0,05
Постоянное пьянство на фоне высокой толерантности	4	8,0	4	8,0	
Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности	24	48,0	6	12,0	<0,05
Перебегающая форма	3	6,0	3	6,0	

У 48,0 % пациенток группы 1А отмечалась тенденция к постоянной (ежедневной) форме злоупотребления при низкой толерантности к алкоголю (в группе сравнения – 12,0 %; p<0,05), что не влекло за собой значительного ухудшения проявлений алкогольно-дисциркуляторного поражения головного мозга. Важной особенностью данной формы алкоголизации является намеренное снижение пациентками ежедневного потребления алкоголя до такого уровня, при котором не наступает выраженного ухудшения субкомпенсированных форм алкогольно-гипертонической патологии головного мозга. В этих случаях имеет

место ограничение потребления этанола вследствие аверсивных (ухудшающих переносимость алкоголя) эффектов клинических проявлений осложненных форм острой алкогольной интоксикации и синдрома отмены алкоголя.

У женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза в 38,0 % случаев пьянство было псевдозапойным, причём характерной особенностью окончания алкоголизации, наряду с социальными причинами (денежные затруднения, ссоры в семье), являлось ухудшение самочувствия пациенток вследствие декомпенсации органического поражения головного мозга на фоне абстинентных расстройств. При данной форме пьянства среди мотивов употребления алкоголя (по классификации В. Ю. Завьялова) в порядке убывания частоты были отмечены гедонистический (получение психофизиологического удовольствия от приема алкоголя), атарактический (стремление к транквилизации, релаксации с помощью алкоголя), традиционные (детерминированные причины выпивки). Реже других встречалась субмиссивная (подчинение давлению других людей) мотивация алкоголизации. Перечисленные особенности толерантности к этанолу у больных алкоголизмом с церебральными проявлениями артериальной гипертензии соответствуют клиническим наблюдениям о корреляции между степенью патологического изменения реактивности организма на этанол и степенью органического поражения головного мозга алкогольно-гипертонического генеза.

У обследованных гипертензивная болезнь обнаруживалась в возрасте в среднем в $29,4 \pm 2,2$ года. Ввиду того, что артериальное давление у пациенток данной группы измерялось эпизодически, сложно было точно датировать начальные проявления гипертензивной болезни в виде нестабильности артериального давления.

При рассмотрении психопатологической трансформации картины опьянения у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза в подавляющем большинстве случаев (78,0 %) отмечалось изменение картины опьянения (в группе сравнения – у 60,0 % женщин; $p < 0,05$). По частоте встречаемости трансформация картин опьянения распределялась следующим образом: в 28,0 % случаев встречалось укорочение периода эйфории и преобладание в опьянении раздражительности (в группе сравнения – в 26,0 %; $p < 0,05$), в 24,0 % встречалось преобладание в состоянии опьянения эмоциональной лабильности (в группе сравнения – в 16,0 %; $p < 0,05$), депрессивная картина встречалась лишь в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и составила 16,0 % случаев. В 2 раза реже (6,0 %) в группе женщин с сочетанным поражением голов-

го мозга сосудистого генеза встречалось эксплозивно-дисфорическое опьянение (в группе сравнения – 10,0 %) (рис. 10).

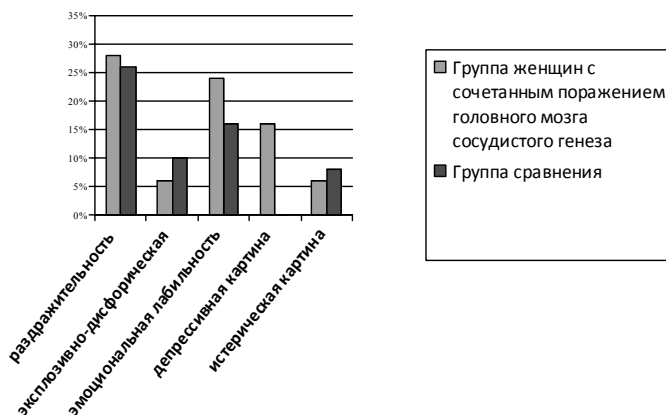


Рис. 10. Трансформация картины опьянения у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза

В ходе опроса было выявлено, что для группы женщин с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза чаще были характерны однократные предыдущие госпитализации, что встречалось в 52,0 % случаев (в группе сравнения – в 46,0 %). 3 раза и более уже проходили лечение 26,0 % женщин из группы 1А и 34,0 % обследованных из группы сравнения. Дважды за наркологической помощью обращались 20,0 % обследованных из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и 18,0 % женщин из группы сравнения. В равном числе случаев в рассматриваемых группах встречались госпитализации в связи с интоксикационным психозом, они составили по 2,0 % соответственно.

При анализе показателей эффективности проведенного предыдущего лечения в рассматриваемых группах статистически значимых различий выявлено не было. В 12,0 % случаев в клинической картине алкогольной зависимости отсутствовали посттерапевтические ремиссии и алкогольная зависимость носила безремиссионное течение (в группе сравнения – в 14,0 %) (рис. 11).

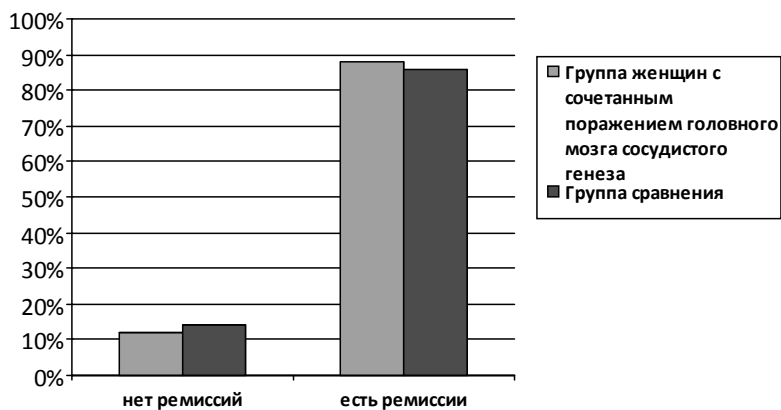


Рис. 11. Посттерапевтические ремиссии у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и в группе сравнения

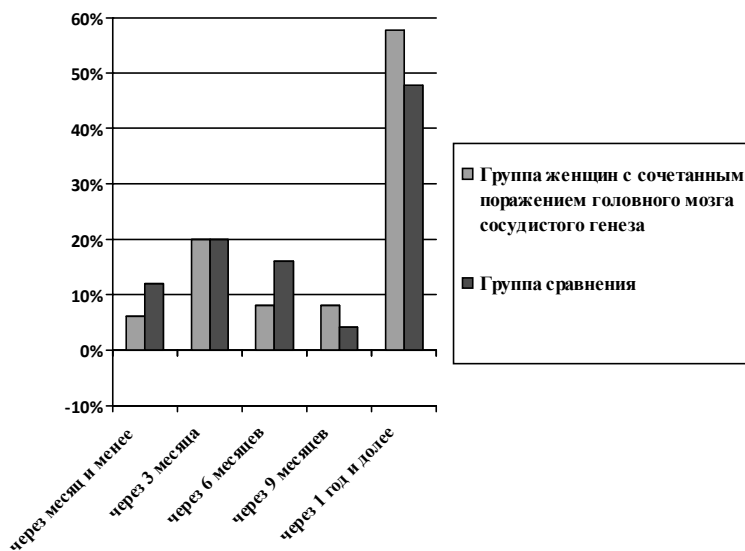


Рис. 12. Срыв после проведенной терапии у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза

В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза в клинической картине алкогольной зависимости чаще встречались посттерапевтические ремиссии, соответствующие установочному сроку воздержания от употребления алкоголя, что составило 58,0 % случаев (в группе сравнения – 46,0 %). Посттерапевтические ремиссии в данной группе обследованных имели более продолжительный характер по сравнению с женщинами из группы сравнения (рис. 12).

Спонтанные ремиссии в 3 раза реже встречались в группе 1А и составили лишь 2,0 % от всех случаев (в группе сравнения – 6,0 % соответственно), в 98 % в клинической картине алкогольной зависимости спонтанные ремиссии не выявлялись (в группе сравнения – 94,0 %).

Таким образом, первичное патологическое влечение к алкоголю у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза формировалось в более позднем возрасте. Развитие основных симптомов алкогольной зависимости происходило более длительно, что обусловлено формой употребления алкоголя, ухудшением самочувствия на фоне приема спиртных напитков. Алкогольная зависимость характеризовалась малой и средней прогрессивностью, большим процентом встречаемости устойчивых посттерапевтических ремиссий.

3.2.3. Коморбидность алкогольной зависимости у женщин с аффективными и личностными расстройствами

Эмоциональные расстройства при алкоголизме встречаются достаточно часто. Как правило, речь идет о проявлениях депрессивного спектра – депрессии, дисфории, дистимии, апатических, депрессивно-тревожных, астенодепрессивных состояниях, а также об эмоциональной неустойчивости. Значительно меньше сведений об алкогольном гипоманиакальном синдроме (Пятницкая И. Н., 1988; Марковская Н. С., 1994). Тем не менее некоторые авторы (Lichtermann D., Minges J., Delmo C., Heun R., 1995; Maier W., Merikangas K., 1996) упоминают о возможности развития при алкоголизме биполярных расстройств, т. е. не только депрессии, но и мании. В ряде работ (Feinman J. A., Dunner D. L., 1996; Sirakowski S. M., McElroy S. L., 1996; Winokur G., Coryell W., Endicott J. et al., 1996; Lecrubier Y., 1998) такого рода нарушения рассматриваются в аспекте их отграничения от аффективных расстройств эндогенного спектра, в том числе предшествующих развитию алкоголизма. В некоторых публикациях говорится не об аффективных расстройствах как таковых, а о проявлениях «психофизической активации». Н. Н. Иванец и др. (1997) описали повышение настроения, психомоторное возбуждение и раздражительность в постабстинентном периоде алкоголизма.

Эмоциональные нарушения можно подразделить на две неравные части. Меньшую часть составляют первичные эмоциональные нарушения, которые то в явной, то в стертой форме отмечаются еще в преморбидном периоде, т. е. до начала алкоголизма. Такие нарушения (в основном депрессии эндогенного типа) встречаются у 7—12 % больных алкоголизмом (Cadoret R., 1981); они отмечаются у 15—20 % женщин, у 5 % мужчин (Shuckit M., 2000). На частое сочетание алкоголизма и депрессивных расстройств указывают также А. М. Вейн (2003), С. И. Мельчихин, Л. К. Шайдукова (2004).

Вторичные эмоциональные нарушения формируются на фоне алкоголизма, как правило, на его развернутых этапах. Они включают как синдромологически обособленные состояния (главным образом депрессии, мало отличающиеся от эндогенных и требующие соответствующей антидепрессивной терапии), так и состояния, которые входят в структуру основных синдромов алкоголизма в качестве довольно полиморфных расстройств. Вторичные депрессии встречаются у 40—60 % больных алкоголизмом (Cadoret R., Winokur G., 1974; Weissman M. et al., 1977). Они особенно характерны для неблагоприятно протекающего заболевания (Воловик В. М., 1970), для его поздних стадий (Скугаревская Е. И., 1969) и для периодического (запойного) типа злоупотребления алкоголем (Cadoret R., 1981; Cornells J. R. et al., 1995). Последнее означает, что в процессе болезни происходят определенные патогенетические сдвиги, связанные с вовлечением дизэнцефальных структур, которые «ответственны» как за периодичность течения (запой), так и за эмоциональную патологию (депрессии). Критичность злоупотребления алкоголем особенно снижена у женщин.

Дисфория и депрессивное расстройство предшествуют и сопутствуют алкоголизму у женщин значительно чаще, чем у мужчин (Чубаркин, М. М., 2006). Н. Г. Шумский (1983), Г. С. Сопник (1985), А. М. Вейн (2003) в ходе обследования женщин, страдающих алкоголизмом в сочетании с аффективными расстройствами, обнаружили, что у них еще до появления алкоголизма периодически отмечались плохое настроение, суицидальные мысли.

Ш. Т. Козн, Р. Вейсс (1998) отмечают, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 37 % случаев выявляются сопутствующие (коморбидные) психические нарушения. По мнению В. Л. Ревзина (2002), среди амбулаторных пациентов, обращающихся по поводу употребления психоактивных веществ, не менее чем у 10 % подозреваются эндогенные заболевания, у 50 % пациентов обнаруживаются личностные расстройства.

Н. Г. Незнанов, О. Ф. Ерышев (2003), А. Г. Расторгуев (2009) приводят особенности течения синдрома зависимости у больных с коморбидной психической патологией (шизофрения, шизотипическое расстройство, эндогенный аффективный психоз, циклотимия). А. Б. Карачевский и др. (2001) выявили своеобразие течения шизофрении, осложненной злоупотреблением психоактивных веществ. У таких больных, по их мнению, не развивается физическая зависимость от психоактивных веществ, медленно формируется шизофренический дефект. М. А. Винникова, Г. Л. Гуревич (2004) особенностью течения алкогольной зависимости у больных маниакально-депрессивным психозом и циклотимией определяют диссоциацией темпа формирования и степени прогрессивности алкоголизма и высказывают мнение, что у больных шизоаффективным расстройством алкоголизм отличается тяжестью клинических проявлений.

G. E. Woody (2003) подчеркивает, что пациенты с «двойным диагнозом» обнаруживают тяжелые формы зависимости, недостаточную эффективность лечения. В своей работе А. А. Ковалев (2004) указывает на то, что лица, страдающие неврозами, невротическими развитиями личности и реактивными депрессиями невротического уровня, часто прибегают к приему пива, злоупотребление которым нередко приводит к формированию алкогольной зависимости. Клиническая картина психогенных заболеваний у описываемого контингента больных характеризуется полиморфизмом болезненных расстройств, а формирующийся на их основе алкоголизм отличается высокопрогрессивным, нередко безремиссионным, труднокурабельным течением (Пшеничных И. В., 2006; Медведев В. Э., 2007).

Л. В. Смирнова (2003) примерно у четверти обследованных пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами диагностировала алкогольную зависимость. Посттравматические стрессовые расстройства оказывали влияние на клинику алкогольной зависимости. Диагностированные в случаях сочетания ПТСР и алкогольной зависимости только эксплозивная и эпилептоидная разновидности простого алкогольного опьянения, эксплозивный тип изменения личности расценивались Л. В. Смирновой как результат влияния аффективно-неустойчивых патохарактерологических изменений, свойственных посттравматическим стрессовым расстройствам, на клинику алкогольной зависимости. В исследовании И. В. Пшеничных (2006) также указывается на высокую частоту встречаемости ПТСР у женщин с алкогольной зависимостью.

М. А. Schuckit, V. Hesselbrock (1994) на основе критического обзора литературных данных пришли к выводу, что тревожные расстройства среди больных алкоголизмом встречаются не чаще, чем в общей популяции. R. J. Frances (1994), комментируя упомянутый обзор литературы, признает наличие двух вариантов взаимосвязи: тревожные расстройства могут предшествовать формированию зависимости от ПАВ и индуцироваться ими. Т. В. Клименко, А. А. Кирпиченко (2007) указывают на высокую встречаемость тревожных расстройств у женщин с алкогольной зависимостью.

Преморбидно психопатические личности составляют до 5 % в контингенте больных алкоголизмом женщин и до 20 % среди больных алкоголизмом мужчин (Shuckit M., 2000). По другим данным (Даренский И. Д., 2005; Чубаркин, М. М., 2006; Ross H. E. et al., 1988), число таких пациентов достигает 42 % (это в 21 раз превышает распространенность психопатий в населении). Такое сочетание крайне неблагоприятно сказывается на результате лечения, поскольку оно сопровождается взаимным усилением проявлений алкоголизма и психопатий (Овчинников С. В., 2008; Кононенко О. Ю., Антропов Ю. А., 2009; Ерышев О. Ф., Тульская Т. Ю., Рыбакова К. В. и др., 2011; Rounsaville B. J. et al., 1987).

Алкоголизм у психопатических личностей характеризуется ранним началом систематического пьянства и собственно болезни, более тяжелым нарушением социальных функций, слабостью и неустойчивостью трезвеннических установок и критики к болезни, частыми рецидивами, возбуждением, агрессией, суицидальным поведением в опьянении (Чубаркин М. М., 2006; Овчинников С. В., Цыганков Б. Д., 2008; Hesselbrock M. N. et al., 1985).

Исследуемая нами клиника алкогольной зависимости у женщин с коморбидной психической патологией – депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности (F07.0, F32.0, F32.1, F43.1, F43.2, F60.3, F60.4) позволила выявить следующие особенности. При сравнении продолжительности систематического употребления алкоголя до развития клинической картины алкогольной зависимости достоверных различий в рассматриваемых группах не выявлено. В 45,7 % случаев она составляла от 5 до 10 лет (в группе сравнения – в 46,0 %).

Таким образом, можно сделать вывод, что начало систематического употребления алкоголя до развития основных симптомов алкогольной зависимости в группе женщин с коморбидной психической патологией происходило несколько позже по сравнению с основной группой, но формирование основных симптомов заболевания происходило в более сжатые сроки (табл. 14).

Т а б л и ц а 1 4

Возрастная динамика формирования синдромов алкогольной зависимости у женщин с коморбидной психической патологией и группы сравнения

Клинический признак	Возраст появления клинического признака в группах		р
	С коморбидной психической патологией	Группа сравнения	
Возраст формирования первичного патологического влечения к алкоголю, лет	23,5±4,2	22,6±3,9	
Возраст манифестации амнестических форм опьянения, лет	29,9±6,2	33,6±6,3	p<0,05
Возраст формирования начальных признаков ААС, лет	30,2±5,8	28,9±6,7	
Возраст завершения формирования ААС, лет	32,6±6,3	34,4±6,1	
Возраст формирования псевдозапойной формы употребления алкоголя, лет	32,8±6,4	31,4±6,9	
Возраст появления соматоневрологической симптоматики в структуре ААС, лет	34,4±2,1	37,8±1,8	p<0,05

В дальнейшем клиника алкогольной зависимости не имела достоверных различий по форме пьянства. Так, в группе женщин с коморбидной психической патологией псевдозапойное пьянство встречалось в 60,0 % случаев, в группе сравнения – в 72,0 % от всех наблюдений.

Ежедневное пьянство на фоне высокой толерантности практически не отличалось по частоте встречаемости и составило 8,6 % случаев в группе женщин с коморбидной психической патологией и 8,0 % – в группе сравнения (табл. 15).

Полученные нами результаты согласуются с данными литературных источников о том, что алкоголизм, формирующийся на психически неполноценной почве, отличается высокопрогредиентным, нередко безремиссионным, труднокурабельным течением (Макаров В. В., 1994; Смирнова Л. В., 2003; Ковалев А. А., 2004).

Появление псевдозапойной формы пьянства в группе женщин с коморбидной психической патологией происходило позже и приходилось в среднем на возраст 32,8±6,4 года, в группе сравнения – 31,4±6,9 года. Манифестация соматоневрологической симптоматики в структуре синдрома отмены алкоголя выявлялась достоверно раньше в группе пациенток, имеющих в анамнезе диагностированную психическую патологию, и обнаруживалась уже в среднем к возрасту 34,4±2,1 года, в группе сравнения – к 37,8±1,8 года (p<0,05).

У женщин с коморбидной психической патологией, в отличие от женщин из группы сравнения, достоверно чаще (p<0,05) отмечена психопатологическая трансформация алкогольного опьянения (в 97,1 и 60,0 % случаев соответственно), в 25,7 % она носила эксплозивно-дисфорическую окраску, в группе сравнения – в 10,0 % (рис. 13).

Т а б л и ц а 15

**Форма злоупотребления алкоголем у женщин
с коморбидной психической патологией и группы сравнения**

Форма злоупотребления алкоголем	Женщины с установленной формой злоупотребления алкоголем				р
	С коморбидной психической патологией		Группа сравнения		
	абс.	%	абс	%	
Однодневные эксцессы	0	0	1	2,0	
По типу псевдозаповей	21	60,0	36	72,0	<0,05
Постоянное пьянство на фоне высокой толерантности	3	8,6	4	8,0	
Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности	11	31,4	6	12,0	<0,05
Переменяющаяся форма	0	0	3	6,0	

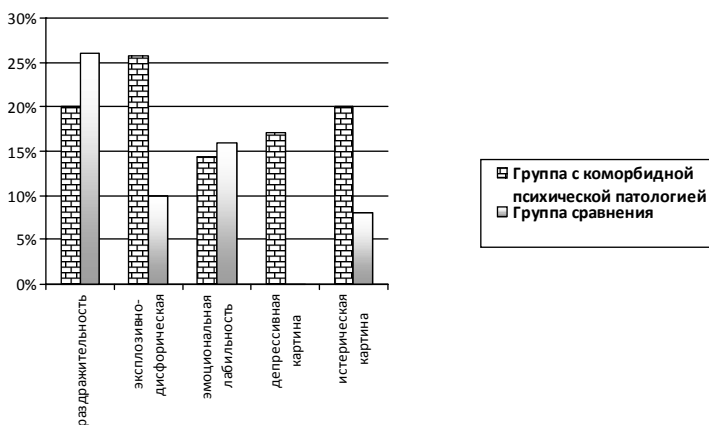


Рис. 13. Трансформация картины алкогольного опьянения у женщин с коморбидной психической патологией и женщин группы сравнения.

Укорочение периода эйфории и раздражительность были отмечены у 22,3 % обследованных, у 18,4 % женщин встречалась эмоциональная лабильность (в группе сравнения – у 26 и 16 % женщин соответственно). Депрессивная картина опьянения была отмечена только в основной группе и составила 14,6 %, в 11,6 % случаев выявлялась истерическая трансформация картины опьянения (в группе сравнения – в 8,0 % случаев).

Впервые за наркологической помощью обращались 40,0 % женщин с коморбидной психической патологией и 46,0 % женщин группы сравнения (рис. 14).

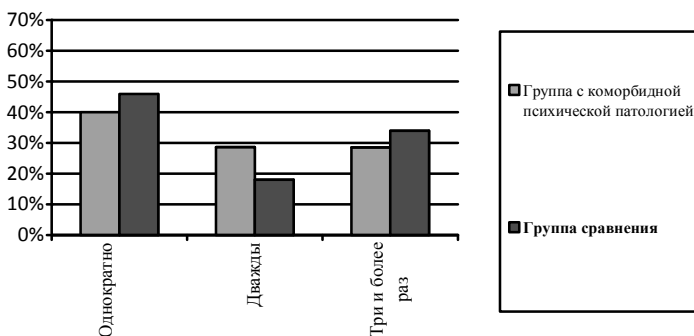


Рис. 14. Количество противоалкогольных курсов лечения у женщин с коморбидной психической патологией и женщин группы сравнения

Женщины с коморбидной психической патологией за наркологической помощью чаще (28,6 %) обращались повторно (в группе сравнения – 18,0 %). Данное высказывание о тяжести течения заболевания в группе женщин с коморбидной психической патологией подтверждает и тот факт, что в данной группе женщин чаще встречались повторные госпитализации и были выявлены низкие показатели эффективности лечения в виде несоответствия продолжительности ремиссии установленным срокам воздержания от употребления алкоголя, а также отсутствие посттерапевтических ремиссий.

Частота повторных госпитализаций (более 3 раз) была выше в группе сравнения (34,0 %), в группе женщин с коморбидной психической патологией она встречалась немногим реже – в 28,5 % (рис. 15).

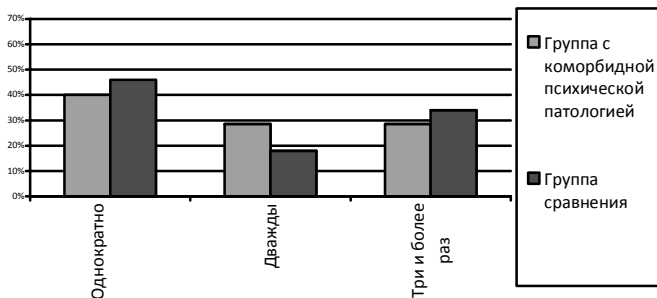


Рис. 15. Частота повторных госпитализаций в группе женщин с коморбидной психической патологией и в группе сравнения

У 71,5 % женщин продолжительность посттерапевтических ремиссий не соответствовала установочному сроку воздержания от употребления алкоголя (в группе сравнения – 52,0 %), чаще встречалось безремиссионное течение (20,0 и 14,0 % – в группе сравнения) (рис. 16).

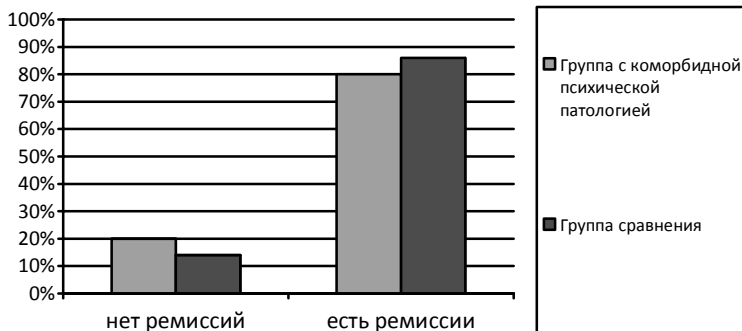


Рис. 16. Посттерапевтические ремиссии в группе женщин с коморбидной психической патологией и группе сравнения

В обеих рассматриваемых группах в подавляющем большинстве случаев спонтанные ремиссии не наблюдались (в группе женщин с коморбидной психической патологией они составляли 2,9 % случаев, в группе сравнения – 6,0 %).

3.3. Сравнительная характеристика клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с различными вариантами коморбидной патологии

С целью дифференцированной оценки тяжести течения заболевания, прогнозирования его исходов и разработки индивидуальных реабилитационных программ был проведён сравнительный анализ основных клинических проявлений алкогольной зависимости у женщин с различными вариантами сопутствующей коморбидной патологии.

При изучении динамики основных клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с коморбидными соматопсихическими расстройствами выявлено, что патологическое влечение к алкоголю в группе женщин с сочетанным сосудистым поражением головного мозга гипертонического генеза (1А) обнаружено в возрасте $23,1 \pm 6,6$ года, в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза (1Б) – в возрасте $22,9 \pm 4,7$ года, у женщин с коморбидной психической патологией (группа 1В) – в $23,5 \pm 4,2$ года.

Манифестация амнестических форм опьянения обнаруживалась прежде всего в группе 1Б и проявлялась в среднем к возрасту $27,9 \pm 6,5$ года. Практически на 2 года позже амнезии манифестировали в группе 1В и обнаруживались в среднем к возрасту $29,9 \pm 6,2$ года. Позже других амнестические формы опьянения проявлялись в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза – в $29,1 \pm 6,5$ года.

При рассмотрении возраста формирования начальных признаков алкогольного абстинентного синдрома в сравниваемых группах достоверно значимых различий не выявлено. Позднее других они проявлялись у женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, и манифестировали в среднем к $30,2 \pm 5,8$ года. Практически в этом же возрасте они обнаруживались у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и обнаруживались к $30,1 \pm 6,6$ года. На 2 года раньше алкогольный абстинентный синдром начинал формироваться в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза ($28,3 \pm 6,5$ года). В среднем в течение последующих 2 лет происходило завершение формирования синдрома отмены алкоголя: в группе 1Б – к $29,6 \pm 7,1$ года, в группе 1А – к $31,4 \pm 6,0$ года, в группе 1В – к $32,6 \pm 6,3$ года.

Средняя продолжительность периода от клинической манифестации первичного патологического влечения до абстинентного синдрома составила у женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза $6,7 \pm 3,2$ года, у женщин с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза – $8,3 \pm 2,9$ года, у женщин с коморбидной психической патологией (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности) – $9,1 \pm 3,1$ года.

Соматоневрологическая симптоматика осложняла течение алкоголизма у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза в более раннем возрасте ($31,9 \pm 1,9$ года), что обусловлено формой употребления алкоголя (постоянное пьянство на фоне высокой толерантности) и выраженностью поражения головного мозга токсико-травматического генеза. У женщин с коморбидной психической патологией соматоневрологические осложнения формировались в $34,4 \pm 2,1$ года; у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза – в $33,2 \pm 2,0$ года (в группе сравнения – в $37,8 \pm 1,8$ года) (табл. 16).

У женщин основной группы с коморбидными формами алкоголизма выявлена высокая частота встречаемости измененной картины опьянения в виде укорочения периодов эйфории, появления раздражи-

тельности, эмоциональной лабильности, депрессивных и истерических эпизодов. Доминирование в клинической картине опьянения раздражительности и укорочение периода эйфории достоверно чаще встречались при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза.

Т а б л и ц а 1 6

Динамика формирования основных клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с различной коморбидной патологией

Клинический признак	Возраст манифестации клинического признака			
	Поражение головного мозга		Коморбидная психическая патология	Группа сравнения
	сосудистого генеза	травматического генеза		
Возраст на момент обследования, лет	41,9±7,7	38,6±8,4	39,3±6,9	38,3±7,1
Возраст манифестации амнестических форм опьянения, лет	29,1±6,5	27,9±6,5	29,9±6,2	33,6±6,3
Возраст формирования начальных признаков ААС, лет	30,1±6,6	28,3±6,5	30,2±5,8	28,9±6,7
Возраст завершения формирования ААС, лет	31,4±6,0	29,6±7,1	32,6±6,3	34,1±6,1
Возраст формирования псевдозапойной формы употребления алкоголя, лет	31,9±6,0	30,1±7,4	32,8±6,4	31,4±6,9
Возраст появления соматоневрологической симптоматики в структуре ААС, лет	33,2±2,0	31,9±1,9	34,4±2,1	37,8±1,8

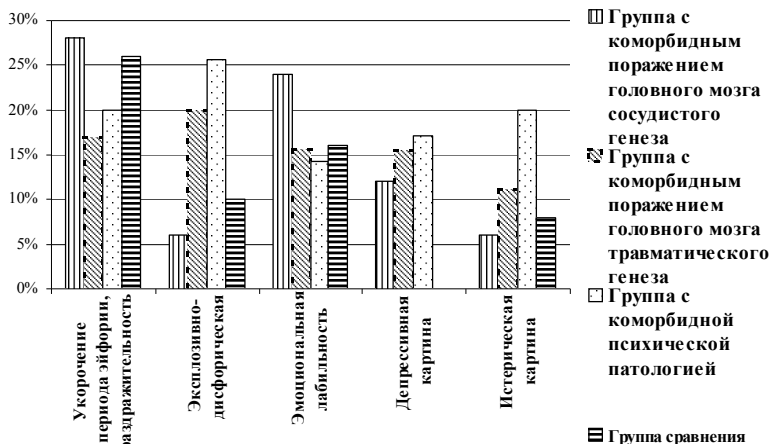


Рис. 17. Виды трансформации картины опьянения у женщин с коморбидными формами алкоголизма

Для группы женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и женщин из группы с коморбидной психической патологией чаще было характерно постоянное пьянство на фоне низкой толерантности. Женщины этих групп намеренно снижали дозу ежедневного потребления алкоголя до уровня, при котором не наступает выраженного алкогольного опьянения (рис. 17).

Длительность алкогольной зависимости от 5 до 10 лет чаще встречалась в группе женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, и составила 45,7 % случаев; у женщин из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза она составила 44,0 % случаев; в группе с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – 40,0 % (табл. 17).

Т а б л и ц а 1 7

Распределение больных по длительности заболевания на момент обследования

Длительность заболевания	Группа с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза		Группа с коморбидной психической патологией	
	травматического генеза			
	Абс	%	абс	%
От 1 до 3 лет	2	4,0	7	15,6
От 3 до 5 лет	16	32,0	15	33,3
От 5 до 10 лет	22	44,0	18	40,0
Более 10 лет	10	20,0	5	11,1

Таким образом, начало систематического употребления алкоголя и формирование основных синдромов алкогольной зависимости происходило в более раннем возрасте в группе женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза в сравнении с группой женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и женщинами с коморбидной психической патологией.

По форме злоупотребления алкоголем женщины из рассматриваемых групп разделились следующим образом (табл. 18).

Т а б л и ц а 1 8

Формы злоупотребления алкоголем у женщин с коморбидной патологией

Форма злоупотребления алкоголем	Женщины с установленной формой злоупотребления алкоголем					
	С коморбидным поражением головного мозга				С коморбидной психической патологией (1В)	
	сосудистого генеза (1А)		травматического генеза (1Б)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
По типу псевдозапоев	19	38,0	26	57,8	21	60,0
Постоянное пьянство на фоне высокой толерантности	4	8,0	6	13,3	3	8,6
Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности	24	48,0	10	22,2	11	31,4
Перемежающаяся форма	3	6,0	3	6,7	0	0

Возраст появления псевдозапойной формы пьянства в рассматриваемых группах достоверно не различался. У пациенток, имеющих в преморбиде поражение головного мозга травматического генеза, псевдозапой в клинической картине алкогольной зависимости появлялись несколько раньше и в среднем обнаруживались к возрасту $30,1 \pm 7,4$ года. Практически на 2 года позже ($32,8 \pm 6,4$ года) псевдозапойная форма пьянства появлялась у женщин, имеющих коморбидную психическую патологию; к $31,9 \pm 6,0$ года – в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза. Манифестация соматоневрологической симптоматики в структуре синдрома отмены алкоголя выявлялась в группе пациенток 1А в возрасте $33,2 \pm 2,0$ года; практически на год позже – в группе 1В ($34,4 \pm 2,1$ года); раньше всех в группе 1Б – в $31,9 \pm 1,9$ года.

В 60,0 % случаев в группе женщин с коморбидной психической патологией и в 57,8 % случаев в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза пьянство носило псевдозапойный характер. В группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза данный вид употребления алкоголя встречался практически вдвое реже и составил 38,0 % от всех обследованных данной группы. Для женщин группы 1А было более характерно ежедневное употребление алкоголя на фоне низкой толерантности, что составило 48,0 % случаев (в группе 1В – 31,4 %, в группе 1Б – 22,2 % соответственно).

Выявленная нами особенность толерантности к этанолу у больных алкоголизмом с церебральными проявлениями артериальной гипертензии согласуется с литературными данными о том, что утяжеление при гипертензии алкоголизма происходит за счет ускоренного формирования психоорганических расстройств с различной выраженностью интеллектуально-мнестических нарушений (Сметанников П. Г., Лядков Н. В., 1978; Хасанова Р. Б., 1983), а развивающаяся в ходе прогрессирования основного заболевания соматическая патология вынуждает больных алкоголизмом переходить на эпизодическое употребление спиртных напитков, в результате чего формируются не только «вынужденные абстиненции», но и «спонтанные» ремиссии в клинической картине алкогольной зависимости (Лукомская М. И., 1991). Клиническая динамика некоторых симптомокомплексов алкоголизма (снижение толерантности к этанолу, развитие постоянной и перемежающейся форм алкоголизации, возникновение амнестических и других психоорганических расстройств) характеризовалась ускоренным развитием уже во второй стадии заболевания (Шумаков В. М., Гиндикин В. Я., Ряшитова Р. К., 1981; Бохан Н. А., 1996).

Купирование проявлений абстиненции в домашних условиях у обследованных нами женщин чаще происходило за 3–4 дня, но в группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза абстинентный синдром чаще имел более продолжительный характер. В течение недели синдром отмены алкоголя оставлял практически нетрудоспособными 48,0 % пациенток (в группе сравнения – 6,0 %; $p < 0,05$). В данной группе обследованных также вдвое чаще отмечались более длительные проявления синдрома отмены продолжительностью 8 суток и более, что составило 20,0 % случаев (в группе сравнения – 4,0 % соответственно), что являлось основной причиной обращения за медицинской помощью.

Длительность самокупирования синдрома отмены алкоголя у женщин с ассоциированными формами алкогольной зависимости отличается пролонгированным течением. При сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза выраженные соматоневрологические проявления в структуре синдрома отмены алкоголя сохраняются в течение 7–8 суток и более у 48,0 % женщин; в группе с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – у 33,4 % женщин; в группе с коморбидной психической патологией – у 31,4 %; в группе сравнения – у 6,0 % соответственно ($p < 0,05$) (табл. 19).

Т а б л и ц а 1 9

Длительность самокупирования алкогольного абстинентного синдрома у женщин с разными вариантами коморбидной патологии на основании субъективной оценки

Длительность ААС по субъективной оценке	Длительностью самокупирования ААС в группах женщин						p		
	С коморбидной психической патологией (1В)		С сочетанным поражением головного мозга					Группа сравнения	
			травматического генеза (1Б)		сосудистого генеза (1А)				
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
1-2 дня	3	8,6	6	13,3	2	4,0	18	36,0*	<0,05
3-4 дня	17	48,6*	19	42,2*	14	28,0*	27	54,0*	<0,05
5-7 дней	11	31,4*	15	33,4*	24	48,0*	3	6,0	<0,05
8 дней и более	4	11,4	5	11,1	10	20,0	2	4,0	

Примечание. * – Отмечены признаки, имеющие достоверные различия.

После купирования острых проявлений синдрома отмены алкоголя наиболее частым проявлением постабстинентного периода в группе женщин с коморбидной психической патологией являлась дисфорическая симптоматика (85,7 %), реализовавшаяся в агрессивности, конфликтности. В группах женщин с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза доминировала депрессивная симптоматика (88,0 и 88,6 % соответственно) на фоне выраженных астенических проявлений (табл. 20).

Т а б л и ц а 2 0

Выраженность аффективной симптоматики в постабстинентном периоде у женщин с коморбидными формами алкоголизма

Симптомо-комплекс	Группы больных								р
	С коморбидным поражением головного мозга				С коморбидной психической патологией		Группа сравнения		
	сосудистого генеза		травматического генеза						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Дисфорический	5	10,0*	7	15,6*	30	85,7*	16	35,5*	<0,05
Депрессивный	44	88,0*	39	86,6*	6	17,1*	10	22,2*	<0,05
Тревожный	7	14,0	4	8,9	19	54,2	14	28,0	>0,05

После купирования острых проявлений синдрома отмены алкоголя в группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза значительно дольше сохранялась симптоматика постабстинентного периода как по сравнению с группой пациенток с коморбидной психической патологией, так и с группой сравнения. Астенические проявления, напряженность, тревожность, неустойчивый сон сохранялись в группе пациенток с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза к 21-му дню терапии. В то время как данная симптоматика полностью редуцировалась в группе сравнения к 10-му дню, в группе женщин с коморбидной психической патологией – к 14-му дню наблюдения.

Астенический симптомокомплекс являлся преобладающим среди непсихотических проявлений сочетанного алкогольно-органического поражения головного мозга вне абстинентных расстройств. У женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза он выявлялся в 91,1 % случаев, в группе женщин с коморбидной психической патологией – в 52,2 % случаев ($p < 0,05$).

Церебрастенический синдром проявлялся устойчивым чувством слабости, утомляемости, снижением трудоспособности, головными болями, гиперестезией к звукам, свету, высокой температуре. Женщины отличались эмоциональной лабильностью, выражающейся частой сменой настроения (смех и слезы одновременно), обидчивостью, раздражительностью сопровождающейся придирчивостью. У женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза расстройства мышления проявлялись ригидностью, обстоятельностью. Патология памяти выражалась в затруднении хронологической ориентации и воспроизведении имен, дат, цифр.

Одним из поводов обращения к врачу было снижение умственной работоспособности из-за забывчивости, невозможности сосредоточиться. Для восстановления в частичном объеме деятельности нарушенных функций вырабатывался определенный стереотип поведения, выражающийся в избегании перемен, что позволяло длительно сохранять социальные отношения. Алкогольное изменение личности в основном ограничивалось заострением преморбидных астеноипохондрических и истероовозбудимых черт характера и доходило до психопатоподобных проявлений в 28,1 % случаев.

Значительное место в структуре церебрастенического синдрома занимала цефалгия, которая значительно снижала активность женщин, имеющих сочетанное экзогенно-органическое поражение головного мозга травматического и сосудистого генеза. Головная боль несколько чаще локализовалась в теменно-затылочной области. Типичными для головных болей были метеозависимость и усиление при переходе из клиностатического положения в ортостатическое. Интенсивность головной боли нарастала во второй половине дня, причем боли носили распирающий и ломящий характер.

В группе женщин с коморбидной психической патологией доминировала дисфорическая симптоматика с чувством внутреннего напряжения (85,7 %), реализовавшаяся в повышении активности, агрессивности, конфликтности, суетливости. В группе сравнения не выявлено достоверного преобладания какого-либо симптомокомплекса в постабстинентном периоде.

Синдром патологического влечения к алкоголю в период постабстинентных расстройств у женщин с ассоциированными формами алкоголизма имеет разнородную структуру и динамику, с длительным присутствием в структуре патологического влечения к алкоголю нейровегетативных, диссомнических расстройств в сочетании с идеаторным и поведенческим компонентами. Квантификация компонентов патологического влечения оценивалась по 4-балльной шкале «Количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю» В. Б. Альтшулера, Н. В. Чередниченко (1992), В. Б. Альтшулера, С. Л. Кравченко (2004).

Клиническая структура патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза носила перемежающийся характер и характеризовалась преобладанием депрессивного ($2,12 \pm 0,11$ балла, $p < 0,05$) или нейровегетативного ($1,89 \pm 0,24$ балла; $p < 0,05$) компонента.

Патологическое влечение к алкоголю у женщин с коморбидной психической патологией характеризуется высокой представленностью тревожного компонента ($2,1 \pm 0,19$ балла; $p < 0,05$), дисфорического компонента ($2,0 \pm 0,11$ балла; $p < 0,05$), идеаторного компонента ($1,97 \pm 0,19$ балла), диссомнического компонента ($1,82 \pm 0,34$ балла) и поведенческого компонента ($1,9 \pm 0,14$ балла; $p < 0,05$) в структуре патологического влечения к алкоголю. Влечение носит пароксизмально-подобный характер, возникает спонтанно без объективных провоцирующих факторов; степень выраженности влечения к алкоголю нарастает к 4-5-му месяцу после окончания курса противоалкогольной терапии.

Анализ клинической динамики симптомов алкогольной зависимости у женщин с коморбидными формами алкоголизма свидетельствует о гетерогенности данной группы пациенток. Клиническая картина алкоголизма, в зависимости от вида ассоциированной патологии, имеет специфические особенности, которые отражаются на основных синдромах алкогольной зависимости, что обосновывает необходимость изучения различий в течении ремиссий в рассматриваемых группах.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Болезни зависимостей представляют собой сложную, многогранную проблему, в которую с течением времени и прогрессивностью заболевания оказываются вовлеченными все сферы деятельности человека. Болезнь определяется многими факторами, и с ростом количества факторов возрастает сложность терапевтического вмешательства. Социальные отношения пациенток (семейный статус, положение в обществе, трудоспособность и др.) могут служить примером тех многих факторов, которым должна отводиться существенная роль при планировании терапевтического подхода (Кручинская Ю. Н., 2008; Кирпиченко А. А., 2008). В идеале доступные методы и формы терапии должны отражать все это разнообразие таким образом, чтобы пациенту можно было бы подобрать наиболее адекватную терапию (Шабанов П. Д., 2002, 2008).

В странах Европы и Америки терапевтический процесс организован в форме континуума медицинских и психосоциальных воздействий, причем крен явно делается больше в сторону последних. Фармакологические подходы к терапии зависимостей рассматриваются, скорее, как вспомогательные, а не основные формы терапии. Рекомендуются всегда сочетать фармакологические методы лечения с когнитивной и бихевиоральной терапией. Непрерывность терапевтического процесса является необходимым условием наиболее эффективной тактики лечения; другими словами, необходимыми являются программы, варьирующие от низкой до высокой интенсивности, а также предлагающие помощь, нацеленную на биологические, поведенческие, эмоциональные, психические и межличностные аспекты.

Первичная профилактика алкоголизма у женщин затруднена, поскольку бытует предвзятое отношение к ним, а внушенная им безысходность препятствует выявлению больных с начальными стадиями алкоголизма и ранней постановке на профилактический учет (Бехтель Э. Е., 1988). По мнению Б. М. Гузикова и А. А. Мейрояна (1988), игнорирование наличия у женщин, страдающих алкоголизмом, высоких моральных и этических ценностей неоправданно с научной точки зрения и недопустимо с деонтологической, ибо может стать непреодолимым препятствием для установления психотерапевтического контакта. Уровень психической дезадаптации женщин, больных алкоголизмом, как правило, выше, чем у мужчин (Кессели К. и др., 2005; Волович Т. В., 2007; Ellsberg M. et al., 2008).

Нормализация психического состояния женщин занимает больше времени, чем у мужчин, и нередко находится в прямой зависимости от нормализации соматического статуса, нарушенного длительной алкоголизацией (Епикеева Д. Д., 1985).

Если учесть, что ассоциированные формы алкоголизма склонны к прогрессивному течению, трудно поддаются терапии и являются значимой социально-медицинской проблемой (Бохан Н. А., Семке В. Я., Агарков А. П., 1997), обуславливая быструю инвалидизацию и смертность в работоспособном возрасте, становится очевидной необходимость разработки как клинико-динамических, так и профилактических аспектов алкоголизма (Пятницкая И. Н., 1986; Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1986; Миневиц В. Б., 1990; Лисицын Ю. П., Сидоров П. И., 1990; Иванец Н. Н., Анохина И. П., 1997).

В последние десятилетия в вопросах реабилитации сформировались два новых подхода к решению этой проблемы. Первый из них – системный, комплексный, основанный на понимании многогранностей и взаимоотношений личности и болезни, личности и среды, нашел наиболее полное выражение в концепции психореабилитации с такими ее основными принципами, как партнерство врача и больного в лечебном процессе, разносторонность воздействия, неразрывное единство биологических и психосоциальных методов терапии. Второй подход заключается в дифференцированном применении терапевтических воздействий с учетом клинических, медико-психологических особенностей больных, социальных условий их жизнедеятельности и структуры взаимоотношений, как между собой, так и с оказывающими им помощь. По мнению М. Б. Гузикова и др. (1988), сложность реализации дифференцированного подхода в первую очередь обусловлена неоднозначностью проявлений болезни, особенностей личности, мозаичностью вариантов алкоголизма, индивидуальными характеристиками личности врача или медицинского психолога, лечебно-коррекционная работа которых во многом определяется их интуицией, эмпатическими особенностями.

Каждая женщина, больная алкоголизмом, нуждается в лечении как уникальный индивидуум больше, чем алкоголик. В. Я. Романова, И. М. Виш (1982) показали, что соответствующий реабилитационный подход обеспечивает ремиссии продолжительностью более года у 63,6 % женщин, больных алкоголизмом. В. Е. Егорова (1986), проводя катамнестическое исследование 66 женщин, в 41,7 % случаев обнаружила, что в течение 5 лет они находились в стойкой ремиссии.

Как показали L. Beckman, H. Amoro (1986), у женщин возникают большие личностные и социальные трудности в связи с началом лечения алкоголизма. А. П. Стаценко (1980) обозначил характерную особенность алкоголизма у молодых женщин – раннее появление социальной дезадаптации, явно несоответствующей выраженности патологического процесса. Вопросам реабилитации женщин, больных алкоголизмом, уделяется недостаточно внимания, так как некоторые авторы, в частности О. Д. Артуховкина (1987), считают, что женщины, больные алкоголизмом, по сравнению с мужчинами, некурабельны. У женщин клиника алкоголизма какое-то время имеет незавершенный характер и малую прогрессивность, а затем тип развития заболевания резко нарастает. Отдаленные результаты антиалкогольной терапии оказались малоутешительными. Рецидивы заболевания, как правило, были обусловлены аффективными расстройствами, которые, в свою очередь, имели отчетливую тенденцию к утяжелению и усиливали влечение к алкоголю.

Одним из основных препятствий к достижению трезвости больными как мужчинами, так и женщинами является алкогольная анозогнозия. Преодоление последней – одна из основных задач, реализация которой связана с успешностью изменения отношения больных, деформированных алкоголизацией, в частности с коррекцией отношения к себе.

4.1. Клинические особенности ремиссий и рецидивов у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости

На современном этапе систематического изучения течения алкогольной зависимости в ремиссии как в России, так и за рубежом не существует. Изучение клиники и течения заболевания в ремиссии, этапности ее становления и динамики даёт возможность прогнозировать прогрессивность заболевания (Иванец Н. Н., 2005; Винникова М. А., 2005; Ерышев О. Ф., Дубинина Л. А., Иовлев Б. В., 2006; Жусупова Э. Т., Субханбердина А. С., 2009; Альтшулер В. Б., 2011; Качаева М. А., Русина В. В., Малкин Д. А., 2011; Walter H., Lesch O., 2005).

Качество ремиссии связано с таким личностно-социальным показателем, как качество жизни. Это отмечается во многих исследованиях, результаты которых показывают, что стабильность ремиссии, ее длительность, отсутствие признаков патологического влечения к психоактивным веществам прямо связаны с улучшением качества жизни наркологических больных (Бараненко А. В., 2003, 2004; Клименко Т. В., Кирпиченко А. А., 2007; Понизовский П. А., Магалиф А. Ю., 2010; Foster J. H., Marshall E. J., Peters T. J., 2000; Polak K. 2001; Richter D., Venzke A., Settelmayr J., 2002).

Опираясь на клинические данные о корреляции рецидивов с длительностью ремиссии, преобладающих факторах, способствующих формированию рецидивов в динамике заболевания, можно успешно строить и реализовать терапевтические программы, направленные на достижение качественных ремиссий. Из этого вытекает и главная задача терапии – стабилизация ремиссий и профилактика ранних рецидивов (Кравченко С. Л., 2006; Зобин М. Л., 2007, 2013).

Ряд авторов определяет ремиссию при алкогольной зависимости как динамическое состояние, на всех этапах течения которого важнейшим признаком является степень риска рецидива, зависящая как от клинических характеристик болезни, так и от личностных и социально-психологических факторов (Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. Д., 2002).

По мнению С. С. Алексеева (1980), ремиссии во многом зависят от выраженности первичного патологического влечения к алкоголю и, в частности, от обострения этого влечения; стойкость повторных ремиссий зависит от продолжительности предшествующей ремиссии; качество ремиссии в значительной степени зависит от того, сколько раз больной получал противоалкогольное лечение (чем чаще он лечился в прошлом, тем короче ремиссии); чем длительнее ремиссия и короче рецидив, тем лучше прогноз. Вместе с тем В. И. Егорова (1974) показала, что в дальнейшем первая кратковременная ремиссия может смениться устойчивой и наоборот. Последнее положение особенно важно при алкоголизме у женщин.

Патологическое влечение является стержневым синдромом болезненной зависимости и в определениях отечественных авторов (Стрельчук И. В., 1973; Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1983; Завьялов В. Ю., 1988; Альтшулер В. Б., 1994; Иванец Н. Н., 2005) занимает место симптомов «первого ранга».

Существует множество теорий влечения к психоактивным веществам. Основные модели можно разделить на 3 категории: 1) феноменологические модели, которые базируются на клинических наблюдениях и описаниях; 2) условно-рефлекторные модели, которые базируются на одноименной теории, чаще всего они применяются в моделях лечения с использованием напоминающих стимулов; 3) когнитивные модели, в основе которых лежит теория когнитивно-социального научения, эти модели чаще всего используются при разработке когнитивной терапии. Кроме вышеперечисленных, существуют также и такие теории, которые не считают обязательными в рецидиве присутствия влечения. Одна из них – теория реактивности на стимулы, напоминающие о выпивке (Drummond D. C., Zignani M., Leroux J., 2000).

Еще одна «модель когнитивного процессинга влечения» предполагает, что употребление вещества может происходить независимо от влечения. С этой точки зрения, влечение не является ни центральным, ни irrelevantным в употреблении алкоголя больными с зависимостью. Оно, скорее, служит когнитивным маркером процесса, который только в некоторых случаях может быть ассоциирован с поиском и употреблением алкоголя (Tiffany S. T., Conklin C. A., 2000). В зарубежной литературе предпочтение отдается условно-рефлекторным и когнитивным моделям, в то время как в России предпочтительным является феноменологический подход.

Так как качество ремиссии является наиболее важным показателем оценки достигаемых результатов терапии, то при рассмотрении этой проблемы закономерно встает вопрос о рецидивировании заболевания, т. е. о предрасполагающих факторах, способствующих рецидиву и «предвестниках» рецидивов. Факторами, провоцирующими рецидив заболевания, являются психологические (личностные), социальные и биологические. Значимость различных факторов варьирует в зависимости от периода (этапа) заболевания (Авербах Я. К., 1963; Игонин А. Л., 1979; Валентик Ю. В., 1984; Иванец Н. Н., 1995; Гофман А. Г., 2003; Немцов А. В., 2012).

В. Ю. Завьялов (1988) общей причиной развития рецидивов заболевания, даже при очень длительных сроках воздержания, считает усилившуюся потребность в изменении психологического состояния, т. е. актуализацию первичного (психического) влечения к ПАВ. Но, как указывал И. В. Стрельчук (1973), длительность воздержания больного от алкоголя не оказывает значительного влияния на клинику, длительность и тяжесть рецидива. По данным А. К. Качаева (1971), к рецидивам алкоголизма приводит сочетание двух факторов: обострение патологического влечения к алкоголю в первичной, вторичной (утрата количественного контроля, абстинентная симптоматика, псевдоабстинентный синдром) или в обеих формах и возобновление регулярного пьянства под влиянием средовых факторов. С каждым последующим рецидивом у больного алкоголизмом возрастает роль патологического влечения к алкоголю, а значение провоцирующих факторов снижается.

Многие авторы отмечают, что существуют благоприятные и неблагоприятные группы больных, у которых ремиссии практически не формируются. К последним относятся пациенты, склонные к суицидам (суициденты), у которых в наиболее крайних формах наблюдается безремиссионное течение алкогольной зависимости, выраженная социальная дезадаптация и семейное неблагополучие.

Суицидальные тенденции непосредственно связаны с алкогольным абстинентным синдромом и особенно выражены в первые дни после окончания запоя. Группа с повышенным риском – больные, у которых аффективные нарушения представлены депрессивным и тревожно-депрессивным синдромами (Шустов Д. И., Валентик Ю. В., 1998; Бисалиев Р. В., 2007, 2010; Разводовский Ю. Е., Дукорский В. В., 2011; Сиволап Ю. П., Савченков В. А., 2012; Drogen W. R., 1983). Длительные ремиссии (до 3 лет) формируются благодаря правильному построению терапевтических программ и амбулаторного лечения, особенно в течение первого года после прекращения употребления алкоголя (Альтшулер В. Б., Иванец Н. Н., Кравченко С. Л., 2006; Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., 2010; Hauser J., Szczepanska W., Głodowska A., 1995).

В качестве ведущих прогностических факторов стабильности ремиссии можно выделить социальную компетенцию личности, ее психологическую устойчивость и самостоятельность обращения за медицинской помощью (Дудко Т. И., Качаев А. А., 1971; Крупицкий Е. М., Руденко А. А., Цой М. В. и др., 2007; Сиволап Ю. П., 2007; Софронов А. Г., Николкина Ю. А., 2011, 2013). Авторы рекомендуют при высокой социальной и психологической устойчивости личности проведение психотерапевтического лечения, при высокой социальной и сниженной психологической устойчивости – медикаментозное, при высокой психологической и низкой социальной устойчивости – специфические реабилитационные мероприятия для больных алкоголизмом.

Определение ведущих мотивов, в связи с которыми человек обращается к приему психоактивного вещества, во многом может помочь и в выяснении причин, играющих ключевую роль в рецидивировании заболевания. В данном аспекте мотивы могут быть следующими: 1) для снижения напряжения и получения релаксации (самостоятельный мотив употребления ПАВ, не зависящий от типа личности); 2) в качестве изменения эмоционального состояния (по-видимому, универсальный механизм, в ремиссии – совершенно различные эмоциональные состояния, зависящие от структуры психики больного); 3) для получения удовольствия (гедонистическая мотивация, поиск острых и необычных ощущений, свойственный лицам с выраженными инфантильными и психопатическими чертами); 4) средство повышения самооценки; 5) средство компенсации каких-либо недостающих человеку форм или способов удовлетворения потребностей; 6) средство общения – коммуникации (чаще наблюдается у шизоидных и астеничных личностей, а также у личностей замкнутых, тревожных); 7) результат научения и подражания (конформный тип).

При анализе возраста первого обращения за наркологической помощью в рассматриваемых нами группах больных алкоголизмом женщин статистически значимых различий выявлено не было. Несколько раньше за наркологической помощью обращались женщины из группы с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза ($35,7 \pm 7,5$ года), в $35,9 \pm 7,3$ года – женщины из группы с коморбидной психической патологией, на 2 года позже – женщины из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза ($37,9 \pm 6,6$ года). Особенностью этих женщин явился зрелый возраст обращения к наркологу ($37,9 \pm 6,6$ года), среднепрогредиентная динамика формирования синдрома зависимости (от 5 до 10 лет в 64,0 % случаев). Женщины были более критичны к заболеванию, а чувство вины, значимость ближайшего окружения и установка на завоевание авторитета оказались благоприятны в процессе психотерапии (табл. 21).

Таблица 21

**Критика к своему состоянию у женщин
с коморбидными формами алкогольной зависимости**

Критика к своему состоянию	Группы с коморбидным поражением головного мозга				Группа с ко- морбидной психической патологией		Группа сравнения		p
	сосудистого генеза		травматического генеза						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Анозогнозия	3	6,0	5	11,1	12	34,3*	7	14,0	p<0,05
Формальная	34	68,0	33	73,3	21	60,0	30	60,0	
Полная	13	26,0*	7	15,6	2	5,7	13	26,0*	p<0,05

Примечание. * – Отмечены признаки, имеющие достоверные различия

В группе пациенток с коморбидной психической патологией достоверно чаще встречалась анозогнозия (34,3 % случаев).

О своем стремлении к полному отказу от употребления алкоголя сообщили в равном числе случаев женщины из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и женщины из группы сравнения (26,0 % случаев соответственно; p<0,05).

При рассмотрении частоты госпитализаций было выявлено следующее. В большем числе случаев женщины уже обращались за наркологической помощью. Так, в группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза предыдущие госпитализации составили 57,9 % случаев; в группе с сочетанным поражением ЦНС сосудистого генеза – 54,0 %; у женщин с коморбидной психической патологией – 40,0 % случаев (рис. 18).

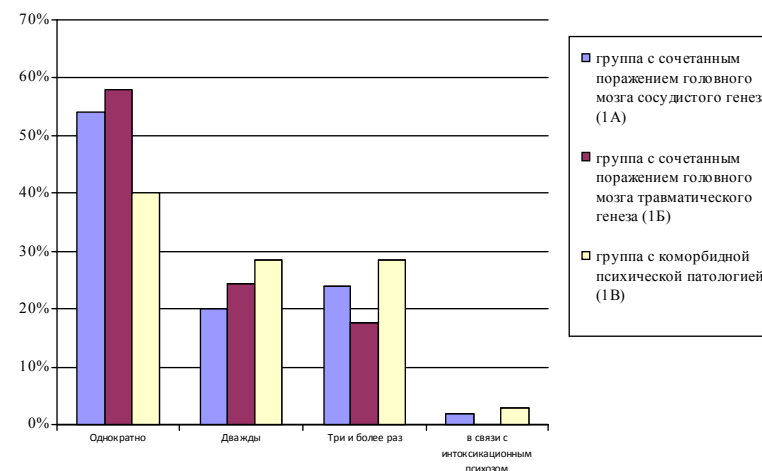


Рис. 18. Частота госпитализаций у женщин с коморбидной психической патологией

Женщины с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга (травматического, сосудистого) генеза отличались более высокими показателями терапевтических ремиссий (рис. 19).

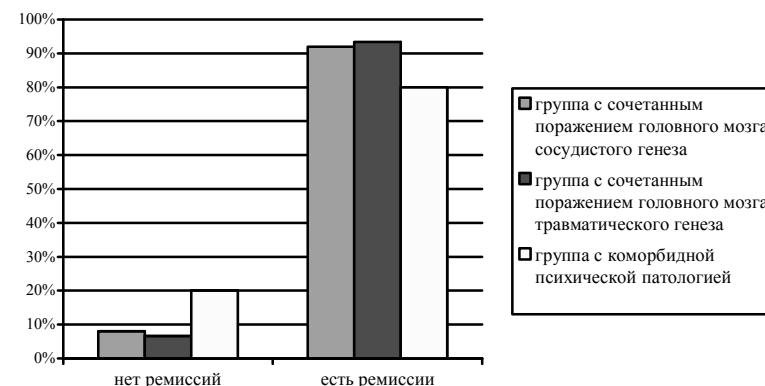


Рис. 19. Посттерапевтические ремиссии у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости

О тяжести течения заболевания в группе женщин с коморбидной психической патологией свидетельствует и тот факт, что у женщин

с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза посттерапевтические ремиссии носили продолжительный характер и чаще соответствовали установочному сроку воздержания от употребления алкоголя в отличие от женщин с коморбидной психической патологией, у которых в 57,2 % случаев длительность посттерапевтических ремиссий не превышала 6 месяцев (рис. 20).

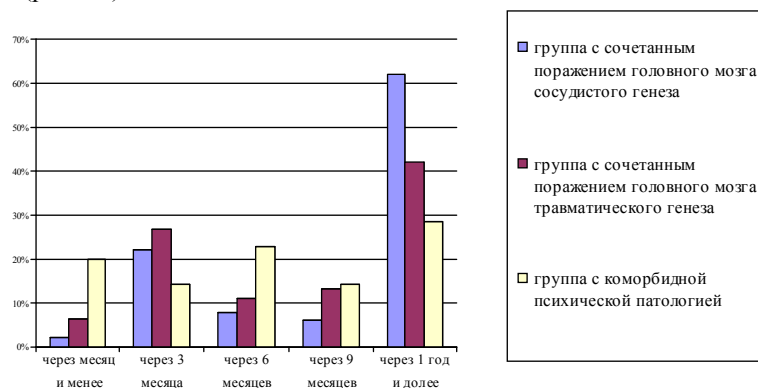


Рис. 20. Ремиссия после проведенной терапии у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости

При клинко-катамнестическом исследовании было выявлено, что посттерапевтические ремиссии в клинической картине алкогольной зависимости отсутствовали у женщин с коморбидной психической патологией в 20,0 % случаев; у женщин с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза – в 8,0 % случаев; при коморбидном поражении головного мозга травматического генеза – в 6,6 % случаев.

Для женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга были характерны продолжительные посттерапевтические ремиссии в течение года и более: у женщин с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза – в 62,0 % случаев; у женщин с коморбидным поражением головного мозга травматического генеза – в 42,3 % случаев; у женщин с коморбидной психической патологией – в 28,5 % случаев (48,0 % случаев у женщин группы сравнения; $p < 0,05$).

Что касается частоты встречаемости спонтанных ремиссий в клинической картине алкогольной зависимости, то в рассматриваемых группах женщин подобная динамика не выявлена. Напротив, у обследованных женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза данный вид ремиссий не встречался вовсе.

У пациенток из группы с сочетанным поражением ЦНС травматического генеза спонтанные ремиссии наблюдались в 2,2 % случаев, у женщин с коморбидной психической патологией – в 2,9 % случаев.

Основными мотивами прекращения алкоголизации и обращения за наркологической помощью были следующие. Первое место во всем контингенте женщин среди мотивов обращения в отделение аддиктивных состояний принадлежит конфликтным отношениям в семье, связанным с алкоголизацией (табл. 22).

Таблица 22
Мотивировка прекращения алкоголизации и обращения за наркологической помощью женщин с коморбидными формами алкоголизма

Мотив обращения за наркологической помощью	Группа с коморбидным поражением головного мозга				Группа с коморбидной психической патологией		Группа сравнения		p
	сосудистого генеза		травматического генеза						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Выраженное ухудшение соматического здоровья, снижение работоспособности	24	48,0*	14	31,1*	8	22,8	5	10,0	p<0,05
Конфликты по месту работы	3	6,0	2	4,4	6	18,5	3	6,0	
Конфликты в семье	22	44,0*	29	64,5*	20	55,9*	38	76,0*	p<0,05
Осознание болезни и необходимости лечения	1	2,0	0	0	1	2,8	4	8,0	

Примечание. * – Отмечены признаки, имеющие достоверные различия

В группах женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза достоверно чаще поводом для госпитализации служили выраженное ухудшение соматического здоровья и снижение работоспособности вследствие декомпенсации имеющейся у них церебральной патологии на фоне алкоголизации.

В группе пациенток с коморбидной психической патологией в 3 раза чаще причиной обращения в стационар являлась конфликтная ситуация на работе и угроза увольнения, возникшая в связи со случаями алкоголизации на производстве, что еще раз подтверждает наличие у этих женщин сниженной критики к заболеванию и наличие практически постоянного патологического влечения к алкоголю в клинической картине заболевания.

О тяжести течения алкогольной зависимости в группах женщин с коморбидной патологией свидетельствует еще и тот факт, что после предыдущей выписки из стационара, в период становления ремиссии пациентки из основной группы свое самочувствие чаще описывали как некомфортное.

Проявления органической церебральной недостаточности, наиболее выраженные в группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза, модифицируют клиническую картину алкогольно-обусловленного психоорганического синдрома. В группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза психоорганический синдром имеет нетипичный характер и протекает на фоне постоянных проявлений церебрастенической симптоматики, что обуславливает перемежающийся характер первичного патологического влечения к алкоголю с обострением в периоды усиления выраженности астенической симптоматики под воздействием внешних провоцирующих факторов (конфликтные ситуации и перегрузки на работе, конфликты в семье, астенизация после перенесенного соматического или инфекционного заболевания).

Состояние в периоды усиления первичного патологического влечения к алкоголю женщины характеризовали как чувство вялости, слабости, нежелания чем-либо заниматься. Обращение в стационар в различные сроки ремиссии было обусловлено инициативой ближайших родственников, отмечавших изменения в поведении женщин, учащение разговоров на алкогольную тематику, появление раздражительности по пустякам, быструю утомляемость, затрудненное засыпание. Пациентки охотно говорили о том, что хотели бы выпить с целью улучшения самочувствия. В случае обращения в стационар по поводу срыва они редко сожалели об употреблении спиртных напитков, признавали, что не видели другого способа улучшения своего самочувствия (рис. 21).

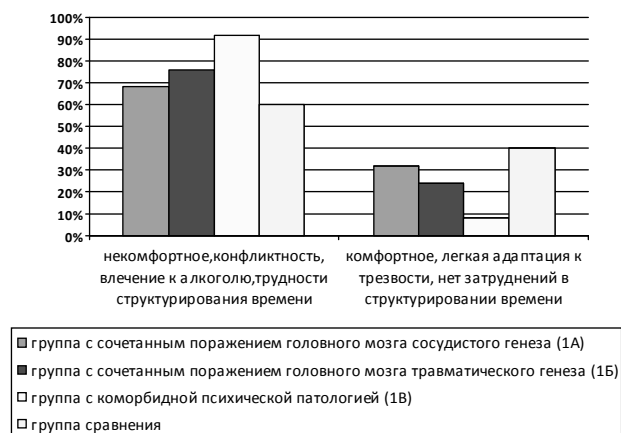


Рис. 21. Субъективная оценка самочувствия женщин в период ремиссии

В группе пациенток с коморбидной психической патологией первичное патологическое влечение к алкоголю в период становления ремиссии носит практически постоянный характер, поводом для возникновения влечения к алкоголю служит увеличение напряженности и раздражительности без объективных провоцирующих факторов. Женщины характеризовали свое состояние как невозможность расслабиться, неумение занять себя чем-либо, трудности планирования свободного времени, вспыльчивость, раздражительность, конфликтность.

О степени выраженности патологического влечения к алкоголю и длительности его присутствия в клинической картине алкогольной зависимости указывают особенности установок на лечение и отношение к его проведению. Пациентки из группы с коморбидной психической патологией чаще допускали возможность дальнейшего употребления спиртных напитков после проведенного курса лечения (табл. 23).

Т а б л и ц а 23

Приверженность к лечению женщин
с коморбидными формами алкогольной зависимости

Установка на лечение	Группа с коморбидным поражением головного мозга				Группа с коморбидной психической патологией		Группа сравнения	
	сосудистого генеза		травматического генеза					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лечится под давлением окружающих	9	18,0	9	20,0	11	31,4	16	32,0
Намерена прекратить запой	1	2,0	2	4,4	0	0	1	2,0
Допускает возможность пить «как все»	12	24,0	12	26,7	12	35,7	15	30,0
Намерена прекратить употребление алкоголя на определенный срок	26	52,0	20	44,5	11	32,9	14	28,0
Намерена совершенно прекратить употребление алкоголя	2	4,0	2	4,4	0	0	4	8,0

Основной причиной обращения за наркологической помощью было «давление» со стороны ближайшего окружения (в основном со стороны родителей) в связи с неспособностью прекратить прием алкоголя самостоятельно. Эти женщины чаще были настроены на кратковременное пребывание в стационаре и сомневались или же вовсе отрицали необходимость противоалкогольного лечения.

Актуализация влечения к алкоголю с последующим «срывом» и рецидивом в большинстве случаев была ситуационно обусловлена, легко провоцировалась низкой заинтересованностью в проведении противоалкогольного лечения (64,6 %). В 18,5 % случаев причиной рецидива были личностно значимые стрессовые ситуации (разрыв интимных отношений, судебные разбирательства, утрата или тяжелая болезнь

близкого человека); в 10,0 % – аффективные расстройства (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности); в 6,1 % случаев – отсутствие критики к заболеванию, уверенность в возможности пить «как все»; в 0,8 % случаев – ревизия эффективности лечения.

Женщины с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга имели более стойкие установки на трезвость в связи с тем, что алкоголизация вызывала декомпенсацию дисциркуляторной энцефалопатии и приводила к выраженным проявлениям абстинентных расстройств. Эти женщины чаще не лимитировали сроки лечения и были настроены на проведение противоалкогольных курсов лечения с целью более длительного пребывания в состоянии светлого промежутка.

Таким образом, терапия коморбидных форм алкоголизма представляет большие трудности, поскольку наличие психоорганических расстройств существенно ограничивает арсенал активных методов лечения, а алкогольная зависимость, развивающаяся на психически неполноценной почве, характеризуется тяжелым нарушением социальных функций, слабостью и неустойчивостью трезвеннических установок и критики к болезни.

4.2. Немедикаментозная терапия алкоголизма у женщин с коморбидной патологией

Многими авторами отмечается, что эффективность лечения у женщин явно ниже, ремиссия короче, наблюдается ранее развитие рецидивов (Гузиков Б. М., Мейроян А. А., 1988; Аккер Л. В., Семке В. Я., 1993; Жигунова О. А., 2003; Альтшулер В. Б., Иванец Н. Н., Кравченко С. Л., 2006; Цыганков Б. Д., Овсянников С. А., Кручинская Ю. Н., 2007; Кирпиченко А. А., 2008; Devaud L. L., Prendergast M. A., 2009). D. Dawson (2000) считает, что для прогноза в отношении ремиссии весьма неблагоприятным фактором является генетическая предрасположенность к алкоголизму.

В настоящее время для терапии алкоголизма используется широкий диапазон терапевтических средств, включающих вещества различной направленности действия – средства для проведения дезинтоксикации, антагонисты алкоголя, аверсивные средства, препараты, влияющие на нейромедиаторные процессы в головном мозге, и большой спектр немедикаментозных методов.

Широкий арсенал лекарственных средств обусловлен наличием данных о мультимодальных расстройствах в различных нейротрансмиттерных системах головного мозга. Терапевтические методы должны быть направлены на устранение патологических изменений в нейромедиаторных системах, пораженных вследствие заболевания, на восстановление трофико-пластического и энергетического потенциала нервной ткани. Построение лечебно-восстановительных программ рационально проводить с соблюдением принципов комплексности, этапности, индивидуализации. Главной целью терапии является достижение стойкой, стабильной ремиссии и предупреждение раннего рецидива заболевания. Основные усилия терапевтических программ должны быть направлены на поддержание трезвости, устранение патологического влечения к алкоголю и профилактику срыва.

Клинико-динамические особенности ассоциированных форм алкоголизма отличаются выраженностью и протрагированным характером клинических проявлений (идеаторных, аффективных, диссомнических, поведенческих) патологического влечения (ПВ) к этанолу в структуре постабстинентных нарушений на этапе формирования ремиссии (Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009). Тяжесть актуального состояния больного с постабстинентными нарушениями в существенной степени определяет широкий спектр коморбидных церебрально-васкулярных синдромов, прогрессивность и клиническая структура которых определяются локализацией и выраженностью церебральных гемодинамических нарушений, и в значительной степени ограничивает арсенал психотропных средств для активного лечения зависимости (Бохан Н. А., Мандель А. И., Трескова И. А., 2007).

Клинически актуальный фокус лечения ассоциированных форм алкогольной зависимости характеризуется терапевтическим противоречием, связанным, с одной стороны, с необходимостью применения комплекса психотропных средств для воздействия на мультикомпонентную структуру патологического влечения к этанолу, с другой стороны, их активное применение ограничено развитием побочных эффектов психофармакотерапии на фоне коморбидной патологии.

Одним из перспективных направлений преодоления неизбежной полипрагмазии при лечении ассоциированных состояний (и связанных с ней токсических эффектов) является использование немедикаментозных терапевтических стратегий (Сапрыкина Н. Б., Семке В. Я., Бохан Н. А., 2000; Бохан Н. А., Пронин С. В., 2008), прежде всего в амбулаторной практике (Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., Шакуров Ф. З., 2010).

К ним относятся интенсивно развиваемые в последнее время технологии «навязывания» («entrainment») ритмики мозга с помощью внешних стимулов (Siever D., 1997-2000; Huang T., Charyton C., 2008). Ритмические световые, звуковые и вибротактильные стимулы, действуя в частотных диапазонах биоэлектрической активности головного мозга, «навязывают» резонансные эффекты в осциллирующих нейрональных ансамблях. Мультимодальная стимуляция с постоянной или изменяющейся частотой прерывистых воздействий вызывает синхронизацию ранее нескоррелированных источников спонтанной ритмики головного мозга, что приводит к переупорядочиванию корковых нейронных сетей и ликвидации обусловленных стрессом очагов «застойного» возбуждения в мозге. Происходят оптимизация когнитивных процессов, снятие психического и соматического напряжения, синхронизация гомеостатических систем, нормализация баланса между ветвями симпатической и парасимпатической нервной системы, улучшение функционального состояния иммунной системы, нормализация биоэлектрической активности мозга и межполушарных взаимоотношений, увеличение продукции бета-эндорфинов. Эффекты релаксации сопровождаются генерацией ярких зрительных образов, положительных эмоций с ощущением их переживания всем телом (Афтанас Л. И., Краснов В. А., Колесникова О. В., Свистельник А. В., Колпакова Т. А., Труфакин В. А., 2008; Kumano H., Horie H., Kuboki T. et al., 1997; Salansky N., Fedotchev A., Bondar A., 1998; Huang T., Charyton C., 2008).

Канадские ученые обнаружили тенденцию, что у женщин причиной рецидива чаще всего бывают ситуации, связанные с негативным аффектом (отрицательные эмоции, конфликт с близкими). В то же время показано, что у мужчин рецидив чаще связан с пьющим окружением (Annis H. M., Sklar S. M., Moser A. E., 1998). Эти данные перекликаются с результатами, полученными американскими исследователями, которые обнаружили, что рецидив у женщин чаще, чем у мужчин, связан с отрицательными эмоциями. Кроме того, женщины чаще возобновляют алкоголизацию под влиянием сексуального или «романтического» партнера, в то время как мужчины чаще, чем женщины, делают это в одиночестве (Rubin A., Stout R. L., Longabaugh R., 1996). Психическая травматизация у женщин сказывается в основном на течении алкоголизма – на устойчивости ремиссий, характере и тяжести алкогольной интоксикации, уровне критики к болезни и установке на лечение. Так, по данным А. К. Качаева (1971, 1978) и З. Г. Туровой (1972), частота психогений, приводящих к рецидивам у женщин, оказалась вдвое выше (около 50 %), чем у мужчин.

Роль психогений в наступлении рецидива обычно возрастает по мере того как изменения личности становятся все более выраженными (Стрельчук И. В., 1973). Однако само возникновение болезни объяснить психической травматизацией у женщин едва ли возможно: во-первых, перечень причин, приводимых с этой целью, настолько велик, что может быть соотнесен с биографией большинства женщин (утрата привлекательности, сексуальная неудовлетворенность, разводы, измены, одиночество, болезни, житейские невзгоды и др.); во-вторых, все названные обстоятельства чаще всего являются результатом алкоголизма, а не его причиной (Allan C., Cooke D., 1985).

Среди причин терапевтических неудач отмечены упорное нежелание большинства из них лечиться (они лечатся обычно лишь при активном принуждении окружающими или под давлением серьезных обстоятельств); поздние обращения в тот период, когда алкоголизм уже достигает II-III и III стадий и сопровождается медицинскими осложнениями и социальными последствиями; обусловленные различными причинами трудности проведения поддерживающей терапии; большая редкость среди женщин самостоятельных повторных обращений к врачу.

Большое число наблюдений свидетельствует о неизбежном возникновении рецидивов алкоголизма при возобновлении употребления спиртных напитков после многолетнего (в течение 5-20 лет и более) воздержания. Это дало основание экспертам по вопросам алкоголизма при ВОЗ еще в 1955 г. сделать заключение, что полное выздоровление от алкоголизма, восстанавливающее «нормальное» потребление алкоголя, какое имело место до заболевания, невозможно. Поэтому следует говорить лишь о состоянии ремиссии после лечения. Тем не менее в процессе терапевтической ремиссии могут полностью нормализоваться функции организма, нарушенные алкогольной интоксикацией, восстановиться социальные связи.

Значимым фактором патофизиологической почвы, определяющим формирование клинической гетерогенности и терапевтической резистентности больных с ассоциированными формами алкоголизма, является наличие коморбидной экзогенно-органической патологии головного мозга (Иванец Н. Н., Винникова М. А., Агибалова Т. В. и др., 2004; Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И., 2006). Нарушение адаптационных возможностей у больных с экзогенно-органическим поражением головного мозга неалкогольного генеза утяжеляет клиническую картину алкоголизма за счет удельного веса аффективных расстройств и формирования резистентности к фармакотерапевтическому воздействию (Агарков А. П., 2000; Овчинников А. А., 2007).

Главными причинами рецидивов становятся длительно сохраняющееся у женщин влечение к алкоголю, возникающие или усиливающиеся за время болезни характерологические отклонения и психопатологические нарушения, в первую очередь аффективные расстройства; возвращение в неблагоприятное семейное или производственное окружение.

При ассоциированных формах алкоголизма наличие коморбидного экзогенно-органического поражения головного мозга определяет протрагированный характер компонентов патологического влечения к алкоголю в постабстинентном периоде, что ограничивает арсенал активной психофармакотерапии и актуализирует поиск немедикаментозных терапевтических стратегий.

С целью воздействия на патологическое влечение к алкоголю у женщин нами предложено поэтапное включение микроволновой резонансной терапии: на этапе купирования синдрома отмены алкоголя и комплекса аудиовизуально-вибротактильной стимуляции «Sensorium», в период постабстинентных расстройств и на раннем этапе формирования ремиссии.

Применение микроволновой резонансной терапии было выбрано в качестве метода терапевтического воздействия на патологическое влечение к алкоголю на этапе купирования синдрома отмены алкоголя благодаря своей неинвазивности и технологической доступности. В отличие от традиционной терапии, этот метод позволяет избежать назначения нескольких препаратов (транквилизаторы, нейролептики, гипнотики) и не обладает побочными эффектами.

4.2.1. Возможности микроволновой резонансной терапии при лечении коморбидных форм алкогольной зависимости у женщин

Несовершенство лекарственной терапии аддитивных расстройств делает необходимым изыскание и разработку новых, более эффективных средств профилактики и лечения аддикций. В настоящее время в терапии алкоголизма применяется широкий спектр реабилитационных мероприятий, включающий методы медикаментозной терапии, иммунотерапии и физиотерапевтические методы. Микроволновая резонансная терапия (МРТ) является недостаточно разработанной и интенсивно исследуется в последние годы. Установлено системное терапевтическое воздействие МРТ-терапии на клинические проявления ассоциированных форм алкоголизма, которое складывается из вегетостабилизирующего, нормотимолептического, адаптогенно-стимулирующего, анальгетического эффектов (Бохан Н. А., 2008; Bochan N., 1993).

Проведено обследование 40 пациенток (F10.21) в возрастном диапазоне от 29 до 57 лет (средний возраст $34,5 \pm 2,1$ года), обратившихся в отделение аддитивных состояний НИИ психического здоровья, у которых при поступлении наблюдались проявления алкогольного абстинентного синдрома с различной степенью выраженности вегетативных, аффективных, диссомнических, а также церебральных и кардиоваскулярных нарушений. Все пациенты на фоне проведения традиционной терапии синдрома отмены алкоголя (изотонический раствор хлорида натрия, магния сульфат, транквилизаторы, нейролептики, витамины группы В, аскорбиновая кислота, тиосульфат натрия, ноотропы, сосудистые препараты) получали курсовое лечение МРТ терапии.

Для проведения микроволновой резонансной терапии использовали аппарат «Стелла-2», разрешенный для медицинского применения Комитетом по новой медицинской технике Министерства здравоохранения РФ (протокол № 8 от 12.09.1994 г.). Для МРТ использован аппарат «Стелла-2», генерирующий излучение микроволновой мощности нетепловой интенсивности в диапазоне от 59 до 63 ГГц. Миллиметровые волны являются частью сверхвысокочастотного диапазона (300 МГц-300 ГГц) и охватывают радиочастоты от 30 до 300 ГГц. Для терапии алкогольного абстинентного синдрома применяли метод микроволнового воздействия в режиме сканирования (повторяющиеся циклы, во время каждого из которых происходит ступенчатое возрастание частоты электромагнитного излучения со скоростью 40 МГц/сек в диапазоне от 59 до 61 ГГц).

Начало терапии осуществлялось в первые 36 часов после последнего употребления алкоголя. Воздействовали по 30 минут через диэлектрический волновод (контакт $0,64 \text{ мм}^2$) с одной стороны на аурикулярную БАТ (АТ55) каждые 12 часов первые 3 дня, затем 1 раз в день. Всего на курс 10 процедур.

Группу сравнения составили 40 пациенток, которым применялась только общепринятая традиционная терапия (изотонический раствор хлорида натрия, магния сульфат, транквилизаторы, нейролептики, витамины группы «В», «С», тиосульфат натрия, диуретики, ноотропы, сосудистые препараты).

При каждом абстинентном состоянии наблюдались нарушения сна, среди которых достоверно чаще отмечались жалобы на позднее пробуждение (82,3 %), нарушение засыпания (69,9 %), волнообразный характер сна с частыми пробуждениями (70,6 %). Наиболее часто встречающимся диссомническим симптомом у обследованных пациенток была трудность утреннего пробуждения с чувством вялости и длительной остаточной сонливостью. Наутро у данных пациенток отсутствовало чувство состоявшегося ночного сна.

Каждая третья пациентка отмечала алкогольную тематику сновидений, что свидетельствовало об актуализации идеаторного компонента патологического влечения к этанолу в структуре синдрома отмены алкоголя. Наиболее многочисленной оказалась группа женщин (73,3 %), у которых алкогольное абстинентное состояние сопровождалось тревогой, по их субъективной характеристике «какой-то возбужденностью». Особенностью депрессивных расстройств явилась их тревожно-фобическая модальность, как правило, не доходящая до уровня витальности. Чаще депрессивный фон соответствовал уровню гипотимии и воспринимался пациентками как снижение характерных для них гедонистических потребностей.

Сведения о клинической динамике алкогольного абстинентного синдрома у женщин с ассоциированными формами алкоголизма, получавших МРТ терапию (1-я группа), и пациенток, получавших только общепринятую традиционную терапию (2-я группа), представлены в таблице. Оценка эффективности лечения проводилась по пятибалльной системе (табл. 24).

Т а б л и ц а 24

*Динамика алкогольного абстинентного синдрома
при применении микроволновой резонансной терапии*

Группа	Выраженность клинических симптомокомплексов на 1-й, 3-й, 5-й, 7-й, 10-й день наблюдения				
	1-й	3-й	5-й	7-й	10-й
Нейровегетативные					
1-я группа	4,45±0,30	2,01±0,28	1,19±0,26	0,51±0,21	0,02±0,19
2-я группа	4,23±0,27	*4,11±0,17	*3,80±0,24	*3,13±0,22	*2,80±0,28
Аффективные					
1-я группа	3,29±0,20	2,21±0,23	1,14±0,22	0,59±0,21	0,18±0,13
2-я группа	3,33±0,28	*3,13±0,25	*2,60±0,27	*2,43±0,30	*1,52±0,21
Диссомнические					
1-я группа	3,91±0,24	2,43±0,28	1,10±0,19	0,31±0,15	0,05±0,10
2-я группа	3,68±0,34	*3,27±0,27	*3,11±0,27	*2,20±0,33	*1,7±0,35
Кардиоваскулярные					
1-я группа	3,68±0,27	3,00±0,29	1,24±0,19	1,48±0,19	0,19±0,13
2-я группа	3,80±0,22	*3,47±0,28	*2,67±0,20	*2,13±0,24	*1,7±0,14

Примечание. * – Различие между группами достоверно при $p < 0,05$.

Из проявлений патологического влечения к этанолу в группе женщин получавших микроволновую резонансную терапию, прежде всего купировались нейровегетативные и диссомнические симптомы. Существенным компонентом вегетостабилизирующего эффекта МРТ являлось ее сбалансированное гипотензивное проявление. Так, уже на вторые сутки практически редуцировались такие проявления алкогольного абстинентного синдрома, как тремор, гипергидроз, тахикардии.

Кроме того, уже с третьего дня применения МРТ в 71,0 % случаев у женщин отмечалась значительная редукция диссомнических расстройств, чаще проявляющаяся облегчением процессов засыпания, что позволило исключить использование седативного действия препаратов-гипнотиков. Седативный эффект микроволновой резонансной терапии проявлялся уже сразу в процессе первого сеанса, что выражалось в появлении чувства внутренней расслабленности, внутреннего спокойствия. В дальнейшем, в ходе проведения последующих сеансов МРТ, происходила значительная редукция субдепрессивных и тревожных проявлений аффективного компонента алкогольного абстинентного синдрома. Начиная с 5-го дня терапии, заметно редуцировалась дисфорическая симптоматика. В 72,5 % случаев имела место ускоренная (по сравнению с контролем) редукция астенических расстройств с восстановлением аппетита и двигательным оживлением пациентов. При астеновегетативных формах алкогольного абстинентного состояния выявлялось мягкое вегетостабилизирующее, нормотимолептическое и седативное действие курсового применения МРТ.

Побочных явлений при применении курса микроволновой резонансной терапии не обнаружено.

Подводя итоги относительно возможности микроволновой резонансной терапии при лечении коморбидных форм алкогольной зависимости у женщин, можно сделать следующие выводы.

Во-первых, курсовое применение микроволновой резонансной терапии эффективно при купировании патологического влечения к этанолу при вегетативно-диссомнических формах синдрома отмены алкоголя за счет его выраженного вегетостабилизирующего, седативного эффектов.

Во-вторых, анксиолитический, нормотимолептический эффекты МРТ позволяют применять ее с целью купирования встречающихся достаточно в большом числе случаев тревожно-депрессивных проявлений алкогольного абстинентного синдрома.

В-третьих, обладая соматоневрологической тропностью, курсовое применение МРТ позволяет нейтрализовать нейровисцеральные токсические эффекты этанола, такие как астения, краниалгия, гастралгия, миалгия.

Все вышеперечисленные эффекты микроволновой резонансной терапии позволяют избежать полипрагмазии и развития интолерантности при психофармакотерапии.

4.2.2. Применение аудиовизуально-вибротактильной стимуляции в комплексной терапии постабстинентных расстройств и на этапе формирования ремиссии у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости

Аудиовизуально-вибротактильная стимуляция (АВВС) была избрана в качестве метода терапевтического воздействия на патологическое влечение к алкоголю у женщин в период постабстинентного состояния и на этапе формирования ремиссии. Для аудиовизуально-вибротактильной стимуляции использован основанный на запатентованной технологии комплекс «Sensorium» (Афтанас Л. И., Труфакин В. А. и др., 2008). В процессе сеанса пациентки располагались на специализированном кресле в горизонтальном положении, зрительная и слуховая стимуляция осуществлялась с помощью специализированных фотодиодных очков и наушников, вибротактильная – с помощью вмонтированных в кресло сабвуферов. Процедуры аудиовизуально-вибротактильной стимуляции проводились по 20 минут 1 раз в день, всего 10 процедур на курс.

В работах с применением преимущественно аудиовизуальной стимуляции (АВС) показано, что стимуляция в альфа-диапазоне приводила к улучшению когнитивной компетентности (Ossebaard H. C., 2000), снижению тревоги, депрессии и симптомов кратковременного стресса (Le Scouarnec R. P., Poirier R. M., Owens J. E., Gauthier J., Taylor A. G., Foresman P. A., 2001). Стимуляция в бета-диапазоне улучшала внимание и общий интеллект, уменьшала поведенческие проблемы и ангедонию у пациентов с профессиональным выгоранием (Ossebaard H. C., 2000).

Исходя из вышесказанного, нами проведено исследование эффективности использования метода аудиовизуально-вибротактильной стимуляции (АВВС), в комплексной терапии постабстинентных расстройств и на этапе формирования ремиссии у женщин с ассоциированными формами алкоголизма для предупреждения рецидива заболевания при возникновении первичного патологического влечения к алкоголю, проявляющегося вегетативной лабильностью, тревожно-депрессивной симптоматикой, диссомническими расстройствами. Исследуемый нами метод за счет включения дополнительного вибротактильного фактора воздействия оказывает более выраженные антистрессовые психосоматические эффекты (Афтанас Л. И., Байдужа В. П., Грищук И. В., Морозова Н. Б., Новопашина А. В., Труфакин В. А., 2008; Афтанас Л. И., Краснов В. А., Колесникова О. В., Свистельник А. В., Колпакова Т. А., Труфакин В. А., 2008; Глазачев О. С., Классина С. Я., Бобылева О. В., Класня А., 2010).

Установлены оптимизирующие эффекты АВВС на психонейроиммунный статус пациентов невротического круга. У данных пациентов в результате АВВС-коррекции установлено снижение показателей тревоги, депрессии и алекситимии; симметризация нейровегетативного баланса в регуляции ритма сердца; снижение повышенной активности задних отделов коры левого полушария в тета- и альфа-диапазонах ЭЭГ; нормализация количества тотальных Т-лимфоцитов (CD3) и натуральных киллеров (CD16); возникновение отсутствующих до лечения значимых корреляционных взаимоотношений между показателями иммунитета (CD3, CD16) и активностью центрально-теменных областей левого (альфа₁- и альфа₂-диапазоны) и правого (бета₁-диапазон) полушарий мозга (Труфакин В. А., Афтанас Л. И., Морозова Н. Б., 2004). Показана высокая эффективность антистрессовой АВВС в комплексной терапии больных с впервые выявленным туберкулезом легких (Афтанас Л. И., Краснов В. А., Колесникова О. В., Свистельник А. В., Колпакова Т. А., Труфакин В. А., 2008).

Таким образом, использование АВВС в клинической медицине обладает широким спектром воздействия на организм человека, изменяя его состояние путём воздействия на центральные регуляторные механизмы, что позволяет нормализовать вегетативные нарушения, аффективные расстройства и диссомнии. Данные нарушения являются сквозными в клинической картине патологического влечения к этанолу при алкогольной абстинентном синдроме (ААС), они сохраняются в постабстинентном состоянии, на этапе формирования ремиссии и достигают максимума клинической актуальности при ассоциированных формах алкоголизма. Неустойчивость компенсации данных симптомокомплексов затрудняет формирование ремиссии у больных алкоголизмом, провоцирует срывы, а вынужденное использование комплекса психотропных препаратов различного спектра действия приводит к полипрагмазии, усугублению токсического поражения внутренних органов, развитию перекрестной лекарственной зависимости, ухудшению фармакоэкономических показателей лечения.

Сопоставление вышесказанного в отношении одного из перспективных путей немедикаментозного лечебного воздействия в комплексной реабилитации ассоциированных форм алкоголизма показывает, что он может успешно применяться в наркологической практике.

Исходя из этого, нами проведено исследование клинической эффективности аудиовизуально-вибротактильной стимуляции (АВВС) в терапии патологического влечения к этанолу на этапе постабстинентных расстройств при ассоциированных формах алкоголизма у женщин, проявляющегося вегетативной лабильностью, аффективной симптоматикой, диссомническими расстройствами.

Основную группу (1-я группа) составили 18 пациенток с алкогольной зависимостью в возрасте $37,6 \pm 4,4$ года (длительность второй стадии $10,3 \pm 2,3$ года). Все они поступили в состоянии абстинентного синдрома средней степени тяжести на стационарное лечение в отделение аддиктивных состояний НИИПЗ СО РАМН. Всем пациенткам после купирования традиционными методами терапии (в течение первых 7 дней пребывания в стационаре) основных проявлений абстинентного синдрома проведен амбулаторный курс из 10 процедур аудиовизуально-вибротактильной стимуляции на фоне традиционной терапии постабстинентных нарушений (гептрал, сонапакс, карбамазепин, пирacetам, кавинтон, актовегин, церебролизин, энцефабол, глицин, витаминами группы В и С). В группе сравнения ($n=15$), стандартизированной к основной по полу, возрасту ($38,3 \pm 6,4$ года), стадии алкогольной зависимости (вторая) и длительности заболевания ($10,2 \pm 1,9$ года), проведен плацебо вариант АВВС на фоне аналогичной традиционной терапии постабстинентных нарушений.

Для АВВС использован основанный на запатентованной технологии комплекс «Sensorium» (Афтанас Л. И., Байдужа В. П., Гришук И. В., Морозова Н. Б., Новопашина А. В., Труфакин В. А., 2008). В процессе сеанса пациентки располагались на специализированном кресле в горизонтальном положении, зрительная и слуховая стимуляция осуществлялась с помощью специализированных фотодиодных очков и наушников, вибротактильная – с помощью вмонтированных в кресло сабвуферов. Процедуры АВВС проводились по 20 минут 1 раз в день. Всего 10 процедур на курс.

Клинический анализ эффективности применения АВВС в комплексной терапии постабстинентных расстройств при ассоциированных формах алкоголизма включал использование шкальных оценок. Аффективные, идеаторные, нейровегетативные, диссомнические расстройства анализировались с помощью шкалы количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом (Альтшулер В. Б., Чередниченко Н. В., 1992).

Динамику аффективных расстройств при АВВС оценивали по шкалам тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS). Критериями общей эффективности лечения служили «значительное улучшение» и «выраженное улучшение» по шкале CGI-I. Проведена также параллельная оценка (на основе самоотчетов пациенток) динамики выраженности ПВ к алкоголю и ангедонии на основе «Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю» (PAAS) и «Шкалы выраженности синдрома ангедонии» (ASIS) соответственно.

Показатели оценочных шкал регистрировали при 4 визитах: при поступлении пациенток до начала терапии ААС (1), на 7-й день терапии ААС (купирование его основных проявлений) перед первой процедурой АВВС (2), после пятой и десятой процедуры АВВС (соответственно точки 3 и 4). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных STATISTICA 6.0.

При клинической оценке влияния АВВС на динамику компонентов патологического влечения к этанолу в постабстинентном периоде нами было выявлено следующее. В первую очередь достигалось значимое снижение выраженности аффективных проявлений. При поступлении выраженность аффективного компонента патологического влечения составила: $10,5 \pm 1,2$ балла – в 1-й группе и $10,4 \pm 1,5$ балла – во 2-й группе. После купирования абстинентного синдрома (второй визит) – соответственно $7,3 \pm 1,5$ и $7,1 \pm 1,3$ балла. После пятой процедуры АВВС (третий визит) зафиксировано снижение выраженности аффективных проявлений: в 1-й группе – до $5,1 \pm 1,2$ балла, во 2-й группе – до $6,2 \pm 1,3$ балла ($p < 0,05$). После десятой процедуры АВВС произошло дальнейшее снижение выраженности аффективных проявлений: в 1-й группе – до $3,0 \pm 0,24$ балла, во 2-й группе – до $4,3 \pm 0,8$ балла ($p < 0,05$) (табл. 25).

Т а б л и ц а 2 5

Терапевтическая динамика выраженности компонентов синдрома патологического влечения к алкоголю при АВВС по шкале В. Б. Альтшулера (в баллах)

Компонент синдрома ПВА	Визит регистрации							
	1-й		2-й		3-й		4-й	
	1-я гр.	2-я гр.	1-я гр.	2-я гр.	1-я гр.	2-я гр.	1-я гр.	2-я гр.
Аффективный	$10,5 \pm 1,2$	$10,4 \pm 1,5$	$7,3 \pm 1,5$	$7,1 \pm 1,3$	$5,1 \pm 1,2^*$	$6,2 \pm 1,3$	$3,0 \pm 0,24^*$	$4,3 \pm 0,8$
Идеаторный	$2,9 \pm 0,32$	$2,9 \pm 0,29$	$2,2 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,16$	$1,5 \pm 0,44$	$0,55 \pm 0,11^*$	$0,9 \pm 0,17$
Вегетативный	$8,8 \pm 1,5$	$8,6 \pm 1,8$	$5,2 \pm 0,7$	$5,3 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,63^*$	$4,2 \pm 0,54$	$2,2 \pm 0,14^*$	$2,6 \pm 0,2$
Диссомнический	$2,8 \pm 0,5$	$2,7 \pm 0,32$	$2,05 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,12$	$1,5 \pm 0,24$	$1,4 \pm 0,35$	$0,6 \pm 0,02^*$	$1,11 \pm 0,02$
Поведенческий	$1,9 \pm 0,4$	$1,8 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,4$	$1,5 \pm 0,4$	$1,4 \pm 0,23$	$1,1 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,43$

Примечание. * – Достоверные различия между 1 и 2 группами (при $p < 0,05$)

Установлено, что купирование аффективных проявлений патологического влечения к этанолу в постабстинентном периоде при курсовом применении АВВС сопровождается клинической дезактуализацией идеаторного компонента патологического влечения к этанолу, динамика выраженности которого на протяжении 4 визитов имела следующий характер.

На момент поступления (первый визит) выраженность идеаторного компонента составляла в 1-й и 2-й группах соответственно $2,9 \pm 0,32$ и $2,9 \pm 0,29$ балла. На момент купирования абстинентных расстройств – $2,2 \pm 0,2$ и $2,2 \pm 0,4$ балла соответственно (второй визит). После пятой процедуры АВВС (третий визит) наблюдалось снижение выраженности идеаторных проявлений: в 1-й группе – до $1,2 \pm 0,16$ балла, во 2-й группе – до $1,5 \pm 0,44$ балла. В точке регистрации 4 произошло достоверное снижение выраженности идеаторного компонента патологического влечения: в 1-й группе – до $0,55 \pm 0,11$ балла, во 2-й группе – до $0,9 \pm 0,17$ балла ($p < 0,05$).

Динамика изменения показателей вегетативного компонента патологического влечения к этанолу при курсовом применении АВВС в постабстинентном периоде имела следующий характер. На момент поступления уровень нарушений составлял $8,8 \pm 1,5$ балла в 1-й группе и $8,6 \pm 1,8$ балла во 2-й группе; на момент купирования абстинентных расстройств перед первой процедурой АВВС – $5,2 \pm 0,7$ и $5,3 \pm 0,2$ балла соответственно. После пятой процедуры АВВС выраженность вегетативного компонента патологического влечения достоверно снизилась: в 1-й группе – до $3,5 \pm 0,63$ балла, во 2-й группе – до $4,2 \pm 0,54$ балла ($p < 0,05$). После десятой процедуры АВВС сохранилась тенденция достоверного снижения выраженности вегетативного компонента патологического влечения: в 1-й группе – $2,2 \pm 0,14$ балла, во 2-й группе – $2,6 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$). Достоверное снижение выраженности диссомнических нарушений в структуре вегетативного компонента зафиксировано только к окончанию курса АВВС (после 10 процедур) и достигло в точке 4 следующего уровня: $0,6 \pm 0,02$ балла – в 1-й группе, во 2-й группе – $1,11 \pm 0,02$ балла ($p < 0,05$).

Для дифференцированной оценки клинической динамики депрессивных и тревожных состояний в структуре постабстинентных аффективных расстройств при курсовом применении АВВС использованы шкалы депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона. На момент поступления (первый визит) выраженность депрессии по шкале (HDRS) достигала $17,9 \pm 1,3$ балла в 1-й группе и $18,5 \pm 1,7$ балла во 2-й группе (рис. 22). После купирования абстинентного синдрома (второй визит) – $15,3 \pm 1,8$ и $15,2 \pm 1,6$ балла соответственно. После пятой процедуры АВВС (третий визит) наблюдалось снижение выраженности депрессивных проявлений: в 1-й группе – до $10,4 \pm 0,7$ балла, во 2-й группе – до $12,2 \pm 1,3$ балла. На момент окончания курса АВВС (четвертый визит) зафиксировано достоверное снижение выраженности депрессии: в 1-й группе – до $6,8 \pm 1,2$ балла, во 2-й группе – до $11,4 \pm 1,5$ балла ($p < 0,05$).

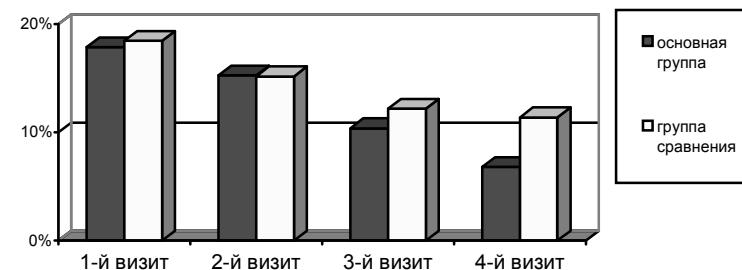


Рис. 22. Терапевтическая динамика выраженности депрессии (по шкале HDRS) при АВВС у пациенток 1-й и 2-й групп в постабстинентном периоде, баллы

Оценка выраженности тревожных состояний в структуре постабстинентных аффективных расстройств при курсовом применении АВВС с использованием HARS показала следующее (рис. 23). На момент поступления выраженность тревоги достигала следующих значений: $20,4 \pm 1,1$ балла – в 1-й группе, $20,2 \pm 1,5$ балла – во 2-й группе (первый визит). После купирования абстинентного синдрома (второй визит) – $19,2 \pm 1,4$ и $21, \pm 1,1$ балла соответственно. После пятой процедуры АВВС наблюдалось значительное снижение выраженности проявлений тревоги: в 1-й группе – до $14,4 \pm 0,7$ балла, во 2-й группе – до $18,3 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$). К моменту окончания курса АВВС наблюдалось дальнейшее снижение выраженности проявлений тревоги: в 1-й группе – до $6,7 \pm 0,2$ балла, во 2-й группе – до $14,3 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$).

К факторам риска рецидива патологического влечения к психоактивным веществам в постабстинентном периоде относится синдром ангедонии, который приобретает развернутый характер при клинической манифестации аффективных расстройств. Последние определяют актуальное состояние аддиктивных больных и влияют на особенности субъективного восприятия и переживания эмоциональной информации пациентов на этапе формирования ремиссии (Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Воронов А. И., Закамалдин А. С., Савотина Л. Н., 2002).

В нашем исследовании выявлено, что выраженность синдрома ангедонии (тестируемого по шкале ASIS) снижается при курсовом назначении АВВС. Так, на момент поступления (первый визит) выраженность ангедонии достигала следующих значений: $67,3 \pm 4,1$ балла – в 1-й группе, $66,0 \pm 5,3$ балла – во 2-й группе. После купирования абстинентного синдрома (второй визит) показатели выраженности ангедонии в 1-й и 2-й группах составили соответственно $49,6 \pm 3,8$ и $48,5 \pm 3,6$ балла. После пятой процедуры АВВС наблюдалось достоверное снижение выраженности синдрома ангедонии: в 1-й группе – до $21,5 \pm 2,2$ балла,

во 2-й группе – $33,4 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$). После десятой процедуры (четвертый визит) достоверно лучшая редукция проявлений ангедонии сохранилась: в 1-й группе – $11,4 \pm 1,3$ балла; во 2-й группе – $26,2 \pm 2,8$ балла ($p < 0,05$).

Проведено параллельное изучение терапевтической (АВВС) динамики выраженности патологического влечения к этанолу на основе самоотчетов больных с применением Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю (РААС). Оно показало, что на момент поступления (первый визит) выраженность влечения достигала следующих значений: $27,9 \pm 1,4$ балла – в 1-й группе, $28,4 \pm 1,5$ балла – во 2-й группе (рис. 23). После купирования абстинентного синдрома (второй визит) эти показатели составили $22,5 \pm 1,6$ и $22,7 \pm 1,4$ балла соответственно. На пятый день проведения АВВС наблюдалось достоверное снижение выраженности патологического влечения: в 1-й группе – до $10,5 \pm 0,7$ балла, во 2-й группе – до $16,3 \pm 1,4$ балла.

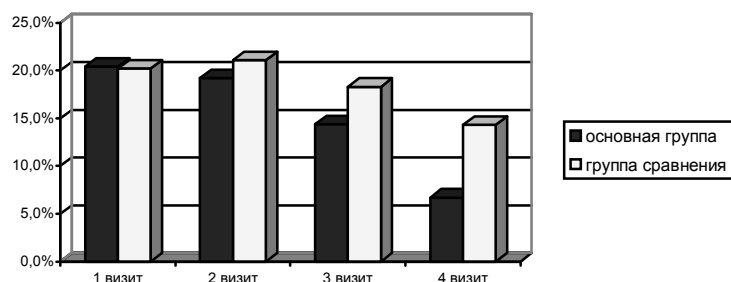


Рис. 23. Терапевтическая динамика выраженности тревоги (по шкале HARS) при АВВС у пациенток 1-й и 2-й групп в постабстинентном периоде, баллы

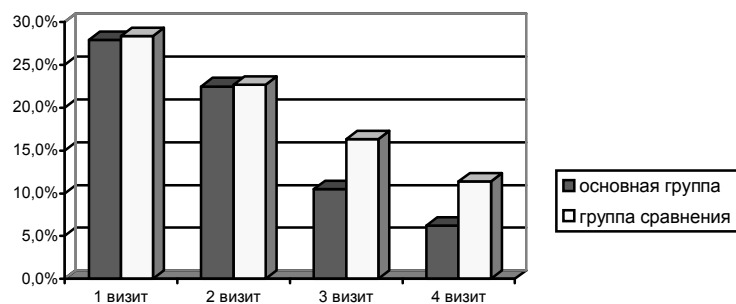


Рис. 24. Терапевтическая динамика выраженности ПВ к этанолу (по шкале PASS) при АВВС у пациенток 1-й и 2-й групп в постабстинентном периоде, баллы

После завершения курса АВВС (четвертый визит) сохранилась достоверно более выраженная разница в показателях снижения уровня патологического влечения: в 1-й группе – $6,2 \pm 0,2$ балла, во 2-й группе – $11,4 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$) (рис. 24).

В целом при оценке динамики общего улучшения клинической картины постабстинентного состояния при курсовом применении АВВС у пациенток 1-й и 2-й групп по шкале CGI-I при окончании лечения (четвертый визит) установлены достоверно лучшие результаты в 1-й группе больных, чем во 2-й группе (сравнения). Второй визит – $3,28 \pm 0,5$ и $3,17 \pm 0,4$ балла; третий визит – $2,5 \pm 0,4$ и $2,98 \pm 0,6$ балла, четвертый визит – $1,2 \pm 0,16$ и $2,2 \pm 1,5$ балла соответственно ($p < 0,05$).

При проведении процедур АВВС пациентки не испытывали неприятных ощущений. После окончания курсового применения аудиовизуально-вибротактильной стимуляции женщины из основной группы чаще отмечали улучшение общего состояния, проявляющееся в повышении физической и умственной работоспособности, уменьшении частоты и выраженности головных болей, улучшении общего фона настроения. В клинической беседе эти женщины были инициативны, эмоционально сдержаны, собраны, строили оптимистичные планы на будущее.

4.3. Прогноз реабилитационных мероприятий при коморбидных формах алкогольной зависимости у женщин

Уровень реабилитационного потенциала – интегральная характеристика, отражающая все этапы формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного.

Прогнозирование результатов восстановительного лечения, а точнее, длительности сохранения больным абсолютной трезвости после курса противоалкогольной терапии, может рассматриваться как фрагмент более объемной задачи выбора оптимальной тактики лечебно-восстановительных мероприятий на всех этапах формирования терапевтической ремиссии. Для решения этой задачи существенную роль может сыграть выделение комплекса прогностически значимых характеристик состояния больного в период становления ремиссии и измерение «информационного веса» таких характеристик с помощью математических процедур.

Важность задачи подчеркивается тем обстоятельством, что в имеющихся исследованиях прогностическое значение тех или иных признаков рассматривается изолированно. Особенно значимым для прогностических построений представляется клиническая оценка начального этапа формирования ремиссии, так как она является решающей для выработки оптимальной терапевтической тактики.

Прогностическая оценка потенциальных возможностей пациенток к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психического развития, а также форме и тяжести наркологического заболевания и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, определяется как реабилитационный потенциал.

С целью определения реабилитационного потенциала была использована прогностическая шкала для формализованной оценки продолжительности ремиссии у больных алкогольной зависимостью на этапах становления ремиссии, разработанная сотрудниками НИ Психоневрологического Института им. В. М. Бехтерева (Ерышев О. Ф. и др., 2004).

Данная шкала комплексно оценивает 23 выявленных наиболее информативных признака-характеристик, расположенных в соответствии с традиционной схемой истории болезни, отражающей сначала анамнез, затем – состояние на момент наблюдения и проводимое лечение. Для каждой характеристики указываются возможные значения (степени ее выраженности – градации) и соответствующие им прогностические коэффициенты. На основе характеристик прогнозировалось развитие ремиссии женщин посредством сравнения суммы прогностических коэффициентов с предложенным базовым уровнем (+9 баллов), отражающим стабилизацию состояния больного. В связи с этим прогнозируется стабилизация состояния, сохранение трезвости, становление ремиссии, что соответствует высокому уровню реабилитационного потенциала (Дудко Т. Н., 2007). Если сумма прогностического коэффициента меньше +9, то прогноз рассматривался как неопределенный, что требует продолжения активных терапевтических усилий для формирования и закрепления установки на трезвость, биологической коррекции психовегетативных расстройств синдрома влечения к алкоголю, динамического наблюдения больного и соответствует среднему реабилитационному потенциалу. При значении, равном или меньшем 9, прогнозируется высокая вероятность возобновления употребления алкоголя, рецидива заболевания, что требует экстренных мероприятий коррекции состояния и соответствует низкому уровню реабилитационного потенциала (Дудко Т. Н., 2007).

На основании вышесказанного нами были получены следующие результаты. Все рассматриваемые группы пациенток характеризовались низким реабилитационным потенциалом в связи с большой степенью вероятности в дальнейшем возобновления употребления алкоголя и рецидива основного заболевания. Более благоприятными оказались женщины из групп с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга неалкогольного (травматического, гипертонического) генеза (сумма прогностических коэффициентов всех признаков равняется в этих группах -43). Наиболее прогностически неблагоприятные коэффициенты были выявлены в группах пациенток с коморбидной психической патологией и группе сравнения, у которых показатели прогнозирования возобновления употребления алкоголя и рецидива заболевания составили -72 и -54 соответственно.

Для группы женщин с коморбидной психической патологией наиболее неблагоприятными в отношении прогноза длительности ремиссии при восстановительном лечении оказались следующие признаки. Для группы женщин с коморбидной психической патологией в клинической картине алкогольного опьянения чаще было характерно преобладание эксплозивно-дисфорического, истерического, депрессивного настроения в сочетании с речедвигательным возбуждением, расторможенностью; прогностический коэффициент равнялся -3 баллам. Для группы женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза в картине опьянения чаще преобладала эмоциональная лабильность, в связи с чем прогностический коэффициент для них был более благоприятный и равнялся 1 баллу (табл. 26).

Посттерапевтические ремиссии в прошлом у женщин с коморбидной психической патологией были менее продолжительными, в 57,2 % случаев не превышали 6 месяцев, в связи с чем прогностический коэффициент для данного признака был равен -1 балл. У женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза в клинической картине алкогольной зависимости имели место более продолжительные ремиссии, коэффициент в данном случае для них был равен 4 баллам.

В проведенном исследовании показано, что патологическое влечение к алкоголю у женщин с коморбидной психической патологией носит пароксизмально-подобный характер. В связи с этим коэффициент для данного признака составлял -1 балл. Для женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза выявлен перемежающийся характер патологического влечения к алкоголю, в данном случае коэффициент составил 2 балла.

Таблица 26

Прогноз длительности ремиссии при восстановительном лечении женщин с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии

Признак	Группа с сочетанным поражением головного мозга		Группа с коморбидной психической патологией	Группа сравнения
	сосудистого генеза	травматического генеза		
Тип течения заболевания	1 (умеренно прогрессивный)	1 (умеренно прогрессивный)	1 (умеренно прогрессирующий)	1 (умеренно прогрессирующий)
Личностные девиации в преморбиде	-1 (акцентуация)	-1 (акцентуация)	-1 (акцентуация)	-1 (акцентуация)
Конституционально-личностный тип	-5 (истероидного типа)	-5 (истероидного типа)	-5 (истероидного типа)	-10 (неустойчивого типа)
Изменение характера опьянения	1 (отсутствует или умеренно выраженное)	1 (отсутствует или умеренно выраженное)	-3 (сильно выраженное)	1 (отсутствует или умеренно выраженное)
Длительность терапевтических ремиссий в прошлом	4 (6 месяцев и более)	4 (6 месяцев и более)	-1 (до 6 месяцев)	4 (6 месяцев и более)
Спонтанные ремиссии в прошлом	-1 (не было)	-1 (не было)	2 (до 6 месяцев)	2 (до 6 месяцев)
Частота проявлений патологического влечения к алкоголю	-4 (эпизодическое)	-4 (эпизодическое)	-10 (постоянное)	-4 (эпизодическое)
Характер действия ПАВ	2 (обсессивное)	2 (обсессивное)	-1 (пароксизмальное)	2 (обсессивное)
Депрессия	-10 (сильно выраженная)	-10 (сильно выраженная)	-1 (легкая степень выраженности)	-10 (умеренно выраженная)
Дисфория	-4 (легкая степень)	-4 (легкая степень)	-6 (выраженная дисфория)	-6 (умеренно выраженная)
Внутреннее напряжение	-2 (легкая степень)	-2 (легкая степень)	-6 (умеренно выраженное)	-6 (умеренно выраженное)
Психопатоподобные нарушения	-2 (легкая степень)	-2 (легкая степень)	-2 (легкая степень)	-2 (легкая степень)
Психоорганические нарушения	-2 (слабая степень)	-2 (слабая степень)	-2 (слабая степень)	1 (отсутствие)
Астения	-6 (умеренно выраженная)	-6 (умеренно выраженная)	-6 (умеренно выраженная)	-2 (легкая степень)
Критика к болезни	-1 (частичная)	-1 (частичная)	-1 (частичная)	-1 (частичная)
Установка на трезвость	-7 (формальная)	-7 (формальная)	-8 (нет)	-8 (нет)
Изменения личности в ремиссии	0 (по сенситивному типу)	0 (по сенситивному типу)	-8 (по истерическому типу)	-5 (переоценка собственной личности)
Сенсибилизирующая терапия	1 (применяется)	1 (применяется)	1 (применяется)	1 (применяется)
Психотропные препараты	7 (большой принимает)	7 (большой принимает)	7 (большой принимает)	7 (большой принимает)

Выраженность эмоционального компонента синдрома ПАВ	1 (легкая степень выраженности)	1 (легкая степень выраженности)	-6 (средняя степень выраженности)	-6 (средняя степень выраженности)
Выраженность вегетативного компонента синдрома ПАВ	-5 (средняя степень выраженности)	-5 (средняя степень выраженности)	2 (легкая степень выраженности)	2 (легкая степень выраженности)
Выраженность идеаторного компонента синдрома ПАВ	-3 (легкая степень выраженности)	-3 (легкая степень выраженности)	-7 (средняя степень выраженности)	-7 (средняя степень выраженности)
Выраженность поведенческого компонента синдрома ПАВ	-7 (средняя степень выраженности)	-7 (средняя степень выраженности)	-7 (средняя степень выраженности)	-7 (средняя степень выраженности)
Сумма баллов	-43	-43	-72	-54

Частота появления патологического влечения к алкоголю у женщин с коморбидной психической патологией была большей. Влечение к алкоголю носило практически постоянный характер, возникало спонтанно, без объективных провоцирующих факторов. Имело место разностороннее положительное отношение к алкоголю, оппозиционность и враждебность к попыткам извне навязать трезвость. За счет этого коэффициент у данного признака был равен -10 баллов. В группе женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза влечение чаще возникало в периоды увеличения выраженности астенической симптоматики под влиянием внешних провоцирующих факторов (конфликтные ситуации и перегрузки на работе, конфликты в семье, астенизация после перенесенного соматического или инфекционного заболевания). В связи с этим коэффициент был равен -4 балла.

У женщин с коморбидной психической патологией в эмоциональной сфере достоверно чаще преобладала дисфорическая симптоматика, в связи с чем коэффициент для данного признака составил -6 баллов. В группе женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза дисфорическая симптоматика была представлена в легкой степени выраженности, за счет чего признак был равен -4 балла.

Внутреннее напряжение, реализовывавшееся в агрессивности, конфликтности у женщин описываемой группы, имело умеренную степень выраженности, коэффициент для данного признака составил -6 баллов. В группе женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза данный коэффициент составил -2 балла.

Установки на трезвость у женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, отсутствовали. В 35,7 % случаев после пройденного курса лечения пациентки допускают в дальнейшем возможность пить «как все». Соответственно этому коэффициент данного признака был равен -8 баллов. Группа женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза характеризовалась более критичным отношением к болезни, в связи с чем данный признак имел значение -7 баллов.

В ходе болезни у женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, чаще диагностировалось изменение личности по истерическому типу, коэффициент для данного признака по шкале равен -8 баллов. В группе женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза по сенситивному типу данный признак равен 0 баллов. Аффективный компонент патологического влечения к алкоголю в группе женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, был представлен в большей степени, в связи с чем рассматриваемый признак по шкале равнялся -6 баллов. У женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического, сосудистого генеза данный коэффициент составил 1 балл. Идеаторный компонент патологического влечения к алкоголю также был более выражен в группе женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, в сравнении с группой женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза, коэффициент для данного признака достигал значений -7 и -3 балла соответственно.

Для группы женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза наиболее неблагоприятными в отношении прогноза длительности ремиссии при восстановительном лечении оказались следующие признаки. У женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза спонтанные ремиссии в клинической картине алкогольной зависимости отсутствовали, данный коэффициент для данного признака составил -1 балл. У женщин с коморбидной психической патологией отмечались спонтанные ремиссии продолжительностью до 6 месяцев, в связи с чем признак имел значение 2 балла.

Преобладание в эмоциональной сфере депрессивного компонента более характерно для женщин с экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза, коэффициент данного признака равен -10 баллов. В группе женщин с коморбидной психической патологией данный коэффициент имел значение -1 балл.

Нейровегетативный компонент в структуре патологического влечения к алкоголю у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза имеет умеренную степень выраженности, по данной шкале он составляет -5 баллов (2 балла в группе женщин с коморбидной психической патологией соответственно).

Наибольший удельный вес в общую сумму баллов привнесли критерии, относящиеся к шкале выраженности патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии. Полученные результаты хорошо согласуются с литературными данными относительно длительности и стойкости проявлений в клинической картине алкогольной зависимости патологического влечения к алкоголю (ПВА), представляющего собой облигатный, «стержневой» синдром болезней зависимости. В соответствии с определениями отечественных авторов (Стрельчук И. В., 1973; Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1983; Альшулер В. Б., 1984, 1994; Завьялов В. Ю., 1988; Иванец Н. Н., 2005) этот «стержневой» синдром соответствует симптомам «первого ранга», т. е. является патогномичным признаком, а другие признаки и клинические проявления рассматриваются как производные от этого основного расстройства (Стрельчук И. В., Альшулер В. Б., 1976; Овчинников В. И., 2000; Штырков А. Г., 2003; Иванец Н. Н., 2005; Анохина И. П., 2005; Винникова М. А., 2005; Басманова Т. В., 2005; Ерышев О. Ф., Дубинина Л. А., 2006).

В связи с чем всему контингенту обследованных женщин была проведена квантификация первичного патологического влечения к алкоголю по модифицированной нами трехбалльной шкале количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю Н. В. Чердниченко и В. Б. Альшулера (1992) (табл. 26). Проводилась оценка аффективного, нейровегетативного, идеаторного, диссомнического и поведенческого компонентов первичного патологического влечения к алкоголю. Высокой считалась представленность признака со средним баллом более 1,5.

Квантификация патологического влечения к алкоголю в группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза обнаружила высокие баллы аффективного компонента (более 1,5) по представленности депрессивных симптомов, выявляемых как объективно (пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость, необщительность, медлительность, фиксация на жизненных невзгодах), так и субъективно (жалобы на нежелание чем-либо заниматься). Причем баллы выраженности депрессивной симптоматики были достоверно выше у женщин с сочетанной экзогенно-органической патологией головного мозга, чем у пациенток с коморбидной психической патологией и пациенток группы сравнения (табл. 27).

Таблица 27

Квантификация первичного патологического влечения к алкоголю у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости

Ком- по- нент ПВА	Симптом		Группа с коморбидным поражением головного мозга		Группа с комор- бидной психи- ческой патологи- ей (1В)	Груп- па срав- нения
			сосудисто- го генеза (1А)	травмати- ческого генеза (1Б)		
Аффективный	Депрессивная симптоматика	Пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость	2,40*	2,11*	1,5*	1,7*
		Необщительность, медлительность, фиксация на жизненных невзгодах	1,61*	1,55*	0,7*	0,9
		Подавленность, жалобы на нежелание чем-либо заниматься	2,8	2,1	1,4	1,7
	Тревожная симптоматика	Озабоченность по различным конкрет- ным поводам	1,46*	1,4*	2,7*	2,1*
		Мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего	1,23*	0,95*	2,2*	1,23*
		Напряжённое ожидание надвигающе- го срыва, ощущение беспомощности, неусидчивость, назойливость	1,19	0,9	1,3	1,1
	Дисфорическая симптоматика	Недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение	0,72*	1,1	1,9*	2,1*
		Раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетённости	0,54*	1,4	2,6*	2,1*
		Напряженность, взрывчатость, агрессивность	0,37*	1,45	2,4*	1,9*
	Нейровегетативный	Неустойчивость АД		2,7*	1,5*	1,05*
Тахикардия		2,4*	1,9*	0,7*	0,8*	
Гипергидроз		1,36*	1,2*	0,79*	0,9	
Гиперакузия		1,57	1,5	1,14	1,1	
Парестезии		1,1*	2,1*	1,2*	1,3	
Мимические реакции в связи с разговорами об алкоголе (оживление мимики, жестикуля- ции, появление блеска в глазах)		2,36	2,2	2,6	2,5	
Изменения аппетита		Неустойчивость аппетита	1,81	1,5	0,54	0,48
		Стойкое снижение аппетита	0,1			
		Анорексия				
Идеато- рный		Эпизодические мысли о спиртном		1,19	1,2	2,32
	Частое возвращение к мыслям о спиртном		1,87	1,9	2,27	2,15
	Постоянные размышления о спиртном		0,94*	1,1*	2,45*	1,95*
Диссонан- сный	Трудности засыпания		1,8	2,1	1,7	1,4
	Сон с частыми пробуждениями		1,72*	1,6*	2,12*	1,9
	«Наркофильные» сновидения		1,3	1,45	1,2	0,7
	«Наркофобные» сновидения					
	Агрия (полное отсутствие сна)		0,50	0,52	0,73	

Поведенческий	Смакование алкогольной тематики в беседах, гиперактивность в попытках отвлечься от этих мыслей	0,90	0,89	1,23	1,5
	Рассеянность, медленное осмысление вопросов, воспоминания	2,4*	1,75	2,2*	0,6*
	Психомоторное возбуждение, суетливость, поисковое поведение	1,2	1,3	1,87	1,9
	Изменение круга общения – предпочтение больных, не настроенных на отказ от ПАВ, враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость	1,99*	2,13	2,47*	2,1
	Жалобы на тягу к ПАВ, эксперименты с другими веществами	1,69	1,79	2,04	0,9
	Сумма баллов итого	43,22	42,59	47,32	40,31

Примечание. * – Различие между группами достоверно при $p < 0,05$. Выраженность признака: 0 баллов – отсутствует, 1 балл – слабо выражен, 2 балла – умеренно выражен, 3 балла – сильно выражен.

Первичное патологическое влечение к алкоголю в группе женщин с коморбидной психической патологией характеризовалось достоверно более высокими баллами аффективного компонента по представленности дисфорической симптоматики по сравнению с женщинами, имеющими сопутствующую экзогенно-органическую симптоматику. У обследованных женщин из группы 1В отмечались недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение (1,9 балла), раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетённости (2,6 балла), напряженность, взрывчатость, агрессивность (2,4 балла). Причем баллы, отражающие степень выраженности дисфорической симптоматики, были достоверно выше в группе женщин с коморбидной психической патологией как по сравнению с группой женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза ($0,52 \pm 0,08$ балла), так и с группой женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза ($1,2 \pm 0,12$ балла), но без достоверных отличий от группы сравнения, в которой также были зафиксированы высокие значения дисфорических проявлений аффективного компонента ($2,01 \pm 0,33$ балла).

Первичное патологическое влечение к алкоголю в группе женщин с коморбидной психической патологией характеризовалось достоверно более высокими баллами аффективного компонента по представленности тревожной симптоматики по сравнению с группой женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза и группой сравнения. Выявлены следующие характеристики: озабоченность по разным конкретным поводам (2,7 балла), мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего (2,2 балла), напряжённое ожидание надвигающегося срыва, ощущение беспомощности, неусидчивость, назойливость (1,3 балла).

В структуре нейровегетативного компонента в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза достоверно более высокую представленность имели следующие признаки: неустойчивость артериального давления (2,7 балла), тахикардия (2,4 балла), гиперактузия (1,57 балла), неустойчивость аппетита (1,81 балла). Приведенные показатели свидетельствуют о более выраженной глубине депрессивных переживаний и длительном присутствии этого депрессивно окрашенного соматического компонента в рамках патологического влечения к алкоголю. Схожая тенденция отмечалась и в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза, но степень выраженности рассматриваемых признаков была меньшей. Оживление мимики, жестикуляции, появление блеска в глазах в связи с разговорами об алкоголе оказалось более выраженным в группах пациенток с коморбидной психической патологией (2,6 балла) и в группе сравнения (2,5 балла), что свидетельствовало об отсутствии глубины депрессивных переживаний у этих женщин.

Идеаторный компонент ПАВ в группах женщин с коморбидной психической патологией и в группе сравнения был представлен высокими баллами по всем шкалируемым симптомам. Постоянные размышления о спиртном достоверно реже встречались в группах женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза и составили 1,1 балла и 0,94 балла соответственно. Это свидетельствовало о выраженности перемежающегося первичного патологического влечения к алкоголю в группах 1А и 1Б и пароксизмально-подобного влечения в двух других группах.

Диссомнический компонент ПАВ в группе пациенток с ассоциированными формами алкоголизма характеризовался высокими баллами, как по ранней, так и по средней диссомнии. В группе сравнения была высокая представленность лишь средней диссомнии (1,9 балла).

Поведенческий компонент первичного патологического влечения к алкоголю в группах женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза характеризовался высокими баллами по таким симптомам, как рассеянность, медлительное осмысление вопросов, воспоминания и изменение круга общения – предпочтение больных, не настроенных на отказ от употребления ПАВ, враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость, жалобы на тягу к ПАВ, эксперименты с другими веществами. В группе женщин с коморбидной психической патологией, помимо вышеописанных симптомов, высокие баллы выявлены и по таким симптомам, как психомоторное возбуждение, суетливость, поисковое поведение.

Для женщин из группы сравнения из всех шкалируемых симптомов были характерны рассеянность, медленное осмысление вопросов, воспоминания об употреблении алкоголя, жалобы на тягу к ПАВ, эксперименты с другими веществами. Только в этой группе пациенток встречалось смакование алкогольной тематики в беседах, гиперактивность в попытках отвлечься от этих мыслей.

В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза представленность депрессивной симптоматики была достоверно выше, чем в группе сравнения, по следующим признакам: пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость (2,40 балла). Так же высокими, но не имеющими достоверных различий были такие признаки, как подавленность, жалобы на нежелание чем-либо заниматься (2,80 балла), необщительность, медлительность, фиксация на жизненных невзгодах (1,61).

В структуре нейровегетативного компонента достоверно высокими, по сравнению с группой сравнения, были такие признаки, как неустойчивость артериального давления (2,70 балла), тахикардия (2,40 балла), мимические реакции в связи с разговорами об алкоголе (2,36 балла), гиперактузия (1,57 балла), неустойчивость аппетита (1,81 балла), но без достоверных различий по этим трем признакам с показателями из группы сравнения. В структуре идеаторного компонента высокие баллы выявлены по признакам: «частое возвращение к мыслям о спиртном» (1,87 балла); в структуре диссомнического – ранняя (1,8 балла) и средняя (1,72 балла) диссомнии без достоверных отличий от баллов аналогичных показателей группы контроля.

Достоверно чаще в структуре поведенческого компонента первичного патологического влечения к алкоголю в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза при сопоставлении с группой сравнения выявлялись рассеянность, медленное осмысление вопросов, воспоминания (2,4 балла). Изменение круга общения выражалось в предпочтении больных, не настроенных на отказ от ПАВ, во враждебности и оппозиционности к лицам, навязывающим трезвость (1,99 балла). Отмечались жалобы на тягу к психоактивным веществам (ПАВ), эксперименты с другими веществами (1,69 балла) так же были высоко представлены в рассматриваемой группе, но без достоверных различий с группой сравнения. Общая сумма баллов по всем компонентам первичного патологического влечения к алкоголю в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза составила 43,22 балла.

В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза представленность компонентов первичного патологического влечения к алкоголю была практически аналогичной, что и в вышеописанной группе. В структуре аффективного компонента ПВА достоверно преобладала депрессивная симптоматика: пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость (2,11 балла), подавленность, жалобы на нежелание чем-либо заниматься (2,10 балла), необщительность, медлительность, фиксация на жизненных невзгодах (1,55 балла). В структуре нейровегетативного компонента парестезии в рассматриваемой группе встречались достоверно чаще, чем в остальных трех группах, и составили 2,1 балла. Кроме того, нейровегетативный компонент был представлен такими симптомами, как мимические реакции в связи с разговорами об алкоголе (оживление мимики, жестикуляции, появление блеска в глазах) (2,2 балла), тахикардия (1,9 балла; $p < 0,5$), неустойчивость артериального давления (1,5 балла; $p < 0,5$), гиперакузия (1,5 балла), неустойчивость аппетита (1,5 балла). Идеаторный компонент характеризовался трудностями засыпания (2,1 балла), сном с частыми пробуждениями (1,6 балла), частыми и постоянными мыслями о спиртном (1,9 балла). Для поведенческого компонента в данной группе женщин, как и для пациенток из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза, было характерно отражение депрессивной симптоматики в поведенческих реакциях: рассеянность, медленное осмысление вопросов (1,75 балла), жалобы на тягу к ПАВ, эксперименты с другими веществами (1,79 балла), изменение круга общения, предпочтение общения с больными, не настроенными на отказ от ПАВ, враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость (2,13 балла). Общая сумма баллов по всем компонентам первичного патологического влечения к алкоголю в данной группе составила 42,59 балла.

В группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза проявления психоорганического синдрома носили нетипичный характер в результате более выраженных, чем в группе пациенток с коморбидной психической патологией и в группе сравнения, проявлений органической церебральной недостаточности. Депрессивная симптоматика в данной группе женщин выступает на фоне выраженной церебрастении в виде проявления психоорганического синдрома, обусловленного алкогольной энцефалопатией, которая достоверно чаще диагностировалась у пациенток этих групп.

В группе женщин с коморбидной психической патологией преобладала дисфорическая и тревожная симптоматика в структуре аффективного компонента первичного патологического влечения к алкоголю (табл. 26), который был достоверно чаще представлен следующими симптомами: озабоченность по различным конкретным поводам (2,7 балла), раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетённости (2,6 балла), напряженность, взрывчатость, агрессивность (2,4 балла), мрачные предчувствия, пугающая неопределённость будущего (2,2 балла), недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение (1,9 балла), пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость (1,5 балла). Нейровегетативный компонент представлен оживлением мимики, жестикуляцией при разговоре об алкоголе, появлением блеска в глазах (2,6 балла). Идеаторный компонент ПАВ в данной группе женщин, по сравнению с другими тремя группами пациенток, достоверно чаще был представлен такой симптоматикой: постоянные размышления о спиртном (2,45 балла), эпизодически возникающие мысли о спиртном (2,32 балла) и частое возвращение к мыслям о спиртном (2,32 балла). Диссомнический компонент достоверно чаще был представлен средней диссомнией (2,12 балла), ранняя диссомния встречалась реже и составила 1,7 балла. Для поведенческого компонента были наиболее характерны такие симптомы, как изменение круга общения, предпочтение больных, не настроенных на отказ от ПАВ, враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость (2,47 балла), рассеянность, медленное осмысление вопросов (2,2 балла), жалобы на тягу к ПАВ, эксперименты с другими веществами (2,04 балла), психомоторное возбуждение, суетливость, поисковое поведение (1,87 балла). Общая сумма баллов по всем компонентам первичного патологического влечения к алкоголю в группе женщин с коморбидной психической патологией составила 47,32 балла.

Отличительными чертами первичного патологического влечения к алкоголю в период ремиссии у пациенток с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза были высокая представленность депрессивного ($2,12 \pm 0,11$ балла), нейровегетативного ($1,89 \pm 0,24$ балла), диссомнического ($1,52 \pm 0,34$ балла), идеаторного ($1,7 \pm 0,25$ балла) и поведенческого ($1,6 \pm 0,31$) компонентов.

Более выраженные в группе пациенток с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза, чем в группах пациенток с коморбидной психической патологией и группе сравнения, проявления органической церебральной недостаточности модифицируют клиническую картину алкоголь-

но-обусловленного психоорганического синдрома, имеющего нетипичный характер в группе пациенток с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга и протекающего на фоне постоянных проявлений церебрастенической симптоматики, что обуславливает перемежающийся характер первичного патологического влечения к алкоголю с обострением в периоды усиления выраженности астенической симптоматики под воздействием внешних провоцирующих факторов (конфликтные ситуации на работе и в семье, астенизация после перенесенного соматического или инфекционного заболевания).

Клинические проявления ПВА в период ремиссии у пациенток с коморбидной психической патологией представлены тревожным ($2,1 \pm 0,19$ балла), дисфорическим ($2,0 \pm 0,11$ балла), нейровегетативным ($1,2 \pm 0,24$ балла), диссомническим ($1,44 \pm 0,29$ балла) компонентами с преобладанием ранней и средней диссомнии, идеаторным ($1,97 \pm 0,19$ балла) и поведенческим ($1,9 \pm 0,14$) компонентами. Влечение к алкоголю в группе женщин с коморбидной психической патологией носит пароксизмально-подобный характер, возникает спонтанно, поводом для его возникновения служит увеличение напряженности и раздражительности без наличия объективных провоцирующих факторов. Степень выраженности влечения к алкоголю увеличивается спустя 4–5 месяцев после выписки из стационара.

Выявленные особенности клинических проявлений патологического влечения к алкоголю у женщин с коморбидными формами алкоголизма характеризуются протрагированным характером клинических проявлений (идеаторных, аффективных, диссомнических, поведенческих) патологического влечения к этанолу в структуре постабстинентных нарушений на этапе формирования ремиссии, а тяжесть актуального состояния больных в значительной степени ограничивает арсенал психотропных средств для активного лечения зависимости, что в свою очередь является основанием для разработки новых терапевтических программ.

Немедикаментозные методы терапии клинических проявлений патологического влечения к этанолу обеспечивают лучшую по отношению к традиционным методам редукцию основных компонентов патологического влечения к алкоголю (аффективных, идеаторных, вегетативных), позволяют снизить медикаментозную нагрузку и повысить эффективность лечения на всех этапах формирования ремиссии (рис. 25).

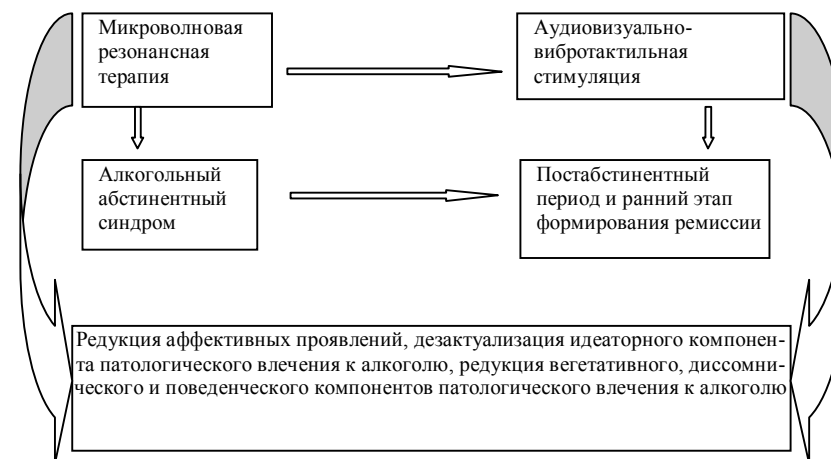


Рис. 25. Программа немедикаментозных методов лечения при коморбидных формах алкогольной зависимости у женщин

Включение в программу комплексной реабилитации женщин с коморбидными формами алкоголизма немедикаментозных методов лечения (микроволновой резонансной терапии и аудиовизуально-вибротактильной стимуляции) способствует достижению ремиссии продолжительностью от 6 месяцев до 1,5 года в 42,2 % случаев (в группе сравнения при использовании традиционной терапии – в 23,3 % случаев; $p < 0,05$). Физиологичность, неинвазивность, технологическая доступность, отсутствие побочных эффектов при сравнении с традиционной терапией позволяют широкое использование этих методов в наркологической практике.

В результате комплексного исследования установлена целесообразность выделения клинико-динамических этапов формирования ассоциированных форм алкоголизма у женщин. Выявлены различия по структуре и темпу прогрессивности, соотношению и степени выраженности основных синдромов алкоголизма у женщин с различными формами ассоциированной патологии. Наличие ассоциированной патологии в клинической картине алкогольной зависимости у женщин формирует клиническую гетерогенность больных алкоголизмом и различия в прогрессивности заболевания. Клинико-динамический анализ формирования основных синдромов зависимости при ассоциированных формах алкоголизма у женщин выявил ускоренный темп становления основных синдромов алкогольной зависимости: средняя продолжительность периода от клинической манифестации патологического влечения к алкоголю до развития абстинентного синдрома при коморбидном поражении головного мозга травматического генеза составила $6,7 \pm 3,2$ года; при коморбидном поражении головного мозга сосудистого генеза – $8,3 \pm 2,9$ года; при коморбидной психической патологии (депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, эмоционально неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности) – $9,1 \pm 3,1$ года ($p < 0,05$).

Соматоневрологические осложнения хронической алкогольной интоксикации приобретают облигатный характер у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза в более раннем возрасте ($31,9 \pm 1,9$ года), что обусловлено формой употребления алкоголя (постоянное пьянство на фоне высокой толерантности) и выраженностью поражения головного мозга токсико-травматического генеза. У женщин с коморбидной психической патологией соматоневрологические осложнения формировались в среднем в возрасте $34,4 \pm 2,1$ года, у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза – в $33,2 \pm 2,0$ года соответственно без достоверных различий по возрастным промежуткам. У женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза достоверно чаще диагностировалась токсическая энцефалопатия ($p < 0,05$); токсическая полинейропатия встречалась практически в равном количестве случаев при всех формах ассоциированного алкоголизма с частотой, превышающей количество случаев при неосложненном алкоголизме ($p < 0,05$). Соматическая патология у женщин с ассоциированными формами алкоголизма диагностировалась в виде реактивного гепатита и хронического панкреатита с достоверным превышением частоты случаев в группе сравнения ($p < 0,05$).

Клиническая картина основных синдромов алкогольной зависимости у женщин с ассоциированными формами алкоголизма характеризуется следующими особенностями.

1. В формировании алкогольной зависимости у женщин выявлена высокая частота встречаемости измененной картины опьянения в виде укорочения периодов эйфории, появления раздражительности, эмоциональной лабильности, депрессивных и истерических эпизодов (доминирование в клинической картине опьянения раздражительности и укорочение периода эйфории достоверно чаще встречалось при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза).

2. Алкогольный абстинентный синдром отличается пролонгированным течением: выраженные соматоневрологические проявления в структуре синдрома отмены алкоголя при сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза сохраняются в течение 7-8 суток у 48,0 % женщин; при сочетанном поражении головного мозга травматического генеза – у 33,4 %; при коморбидной психической патологии – у 31,4 %; в группе сравнения – у 6,0 % соответственно ($p < 0,05$).

3. Наиболее частым проявлением постабстинентного периода у женщин с коморбидной психической патологией была дисфорическая симптоматика (85,7 %), реализовавшаяся в агрессивности и конфликтности; у женщин с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза доминировал церебрастенический синдром с депрессивной симптоматикой (88,6 %).

Синдром патологического влечения к алкоголю в постабстинентный период у женщин с ассоциированными формами алкоголизма имеет разнородную структуру и динамику. Характерно длительное присутствие в структуре синдрома нейровегетативных и диссомнических расстройств в сочетании с идеаторным и поведенческим компонентами. Клиническая структура патологического влечения к алкоголю в период становления ремиссии у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза характеризуется преобладанием депрессивного и нейровегетативного компонентов ($2,12 \pm 0,11$ и $1,89 \pm 0,24$ балла; $p < 0,05$). Патологическое влечение к алкоголю носит перемежающийся характер. Клинические проявления патологического влечения к алкоголю в период формирования ремиссии у женщин с коморбидной психической патологией отличаются высокой представленностью тревожного и дисфорического компонентов ($2,1 \pm 0,19$ и $2,0 \pm 0,11$ балла; $p < 0,05$). Патологическое влечение к алкоголю носит пароксизмально-подобный характер, возникает спонтанно без объективных провоцирующих факторов, степень выраженности влечения к алкоголю нарастает к 4–5-му месяцу после окончания курса стационарной терапии.

Клинико-катамнестическое исследование выявило особенности формирования ремиссий у женщин с ассоциированными формами алкоголизма.

1. При сочетанном поражении головного мозга сосудистого генеза посттерапевтические ремиссии в течение года имели место в 62,0 % случаев; при сочетанном поражении головного мозга травматического генеза – в 42,3 % случаев. Для женщин с коморбидной психической патологией, отличавшихся наиболее низким реабилитационным потенциалом (-72 балла при базовом уровне +9 баллов) длительность ремиссии в 57,2 % случаев не превышала 6 месяцев ($p < 0,05$).

2. Актуализация влечения к алкоголю с последующим «срывом» и рецидивом в большинстве случаев (64,6 %) была ситуационно обусловлена, провоцировалась низкой заинтересованностью в проведении противоалкогольного лечения. В 18,5 % случаев причиной рецидива были личностно значимые стрессовые ситуации (разрыв интимных отношений, судебные разбирательства, утрата или тяжелая болезнь близкого человека); в 10,0 % случаев – аффективные расстройства; в 6,1 % случаев – отсутствие критики к заболеванию, уверенность в возможности пить «как все»; в 0,8 % случаев – ревизия эффективности лечения.

3. Устойчивые ремиссии у женщин формировались в более зрелом возрасте ($37,2 \pm 7,5$ года, в группе сравнения – $34,4 \pm 6,8$ года; $p < 0,05$), при малой и средней прогрессивности течения алкоголизма, первой госпитализации в наркологический стационар, редукции психопатологических расстройств, сохраненных семейном и профессиональном статусах.

Выявленные клинико-динамические особенности проявлений патологического влечения к алкоголю на этапе формирования ремиссии при ассоциированных формах алкоголизма у женщин определяют целесообразность дифференцированной терапии и реабилитации.

По результатам исследования установлена эффективность немедикаментозных методов лечения алкогольной зависимости у женщин с ассоциированными формами алкоголизма при купировании синдрома отмены и воздержании в течение года на этапе формирования ремиссии. Эффективность реабилитационных программ у женщин с ассоциированными формами алкоголизма возрастает при комплексном использовании немедикаментозных методов – микроволновой резонансной терапии на этапе купирования синдрома отмены и аудиовизуально-вибротактильной стимуляции в период постабстинентных расстройств и на этапе формирования ремиссии.

Применение микроволновой резонансной терапии при купировании синдрома отмены алкоголя способствует уменьшению выраженности аффективных ($с\ 3,29 \pm 0,20$ до $0,18 \pm 0,13$ балла), нейровегетативных ($с\ 4,45 \pm 0,30$ до $0,02 \pm 0,19$ балла), диссомнических ($с\ 3,91 \pm 0,24$ до $0,05 \pm 0,10$ балла), кардиоваскулярных ($с\ 3,68 \pm 0,27$ до $0,19 \pm 0,13$ балла) проявлений патологического влечения к алкоголю ($p < 0,05$).

Клиническая эффективность курсового лечения с использованием аудиовизуально-вибротактильной стимуляции у женщин с ассоциированными формами алкоголизма в постабстинентный период и на этапе формирования ремиссии обусловлена редукцией тревожной и депрессивной симптоматики ($с\ 19,2 \pm 1,4$ балла до $6,7 \pm 0,2$ балла, $с\ 15,3 \pm 1,8$ балла до $6,8 \pm 1,2$ балла соответственно), вегетативной и диссомнической симптоматики ($с\ 5,2 \pm 0,7$ до $2,2 \pm 0,14$ балла и $с\ 2,05 \pm 0,3$ до $0,6 \pm 0,02$ балла соответственно), коррекцией поведенческого и дезактуализацией идеаторного компонентов патологического влечения к алкоголю ($с\ 1,7 \pm 0,2$ до $1,1 \pm 0,2$ балла и $с\ 2,2 \pm 0,2$ до $0,55 \pm 0,11$ балла соответственно; $p < 0,05$).

Включение в программу комплексной реабилитации предложенных терапевтических мероприятий способствует достижению ремиссии у достоверно большего количества женщин, чем в группе сравнения (42,2 и 23,3 % случаев соответственно; $p < 0,05$).

1. Аккер Л. В. Гормональные изменения и биологически активные вещества у женщин репродуктивного возраста, страдающих алкоголизмом // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 10. – С. 52.
2. Аккер Л. В. Клинико-нейрофизиологическая характеристика женского алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 2. – С. 26—28.
3. Аккер Л. В., Семке В. Я., Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности женского алкоголизма и проблема реабилитации репродуктивной функции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 1. – С. 16—21.
4. Альтиулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – М., 1994. – 216 с.
5. Альтиулер В. Б. Клинический вариант алкоголизма у женщин с наличием признаков пароксизмальности // Вопросы наркологии. – 1988. – № 4. – С. 13—16.
6. Альтиулер В. Б. От МКБ-10 к МКБ-11: о некоторых назревших переменах, касающихся проблем наркологии // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 3—8.
7. Альтиулер В. Б., Иванец Н. Н., Кравченко С. Л. Женский алкоголизм: клинические аспекты. – М., 2006. – С. 175—201.
8. Альтиулер В. Б., Кравченко С. Л. Типология алкоголизма у женщин: прогредиентность, течение, прогноз : пособие для врачей. – М., 2004. – 27 с.
9. Альтиулер В. Б., Кравченко С. Л. Клинические исследования алкоголизма как источник терапевтических поисков // Вопросы наркологии. – 2010. – № 6. – С. 27—34.
10. Альтиулер В. Б., Лукин А. А. О соотношениях алкоголизма и алкогольных психозов у женщин // Наркология. – 2006. – № 5. – С. 32—38.
11. Альтиулер В. Б., Тучкова М. Е., Кравченко С. Л. Сравнительные результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга у больных алкоголизмом женщин и мужчин // Вопросы наркологии. – 2004. – № 2. – С. 24—32.
12. Альтиулер В. Б., Чередниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3—4. – С. 14—17.
13. Альтиулер В. Б., Штырков А. Г. К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера // Наркология. – 2003. – № 5. – С. 29—34.
14. Ангельчева И. О. Алкогольная полиневропатия // Неврологический журнал. – 2006. – № 6. – С. 51—53.
15. Андреева И. В. Клинические и нейропсихологические корреляции у больных с различными типами алкогольных изменений личности // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 48—53.
16. Антропов А. Ю. Особенности клинической картины, основных проявлений и осложнений наследственного и социопатического алкоголизма (I-II стадии) у мужчин // Вопросы наркологии. – 2004. – № 4. – С. 28—35.
17. Анучин В. В. Некоторые вопросы клиники и лечения алкоголизма у женщин // Тез. докл. 7-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1981. – Т. 1. – С. 199—201.
18. Анучин В. В. Особенности лечения хронического алкоголизма у женщин // Алкоголизм: клиника, терапия, судебно-психиатрические знания. – М., 1983. – С. 119—125.
19. Анучин В. В., Альтиулер В. Б., Власова И. Б. Некоторые данные о становлении хронического алкоголизма у женщин // Актуальные вопросы наркологии. – Душанбе, 1984. – С. 124—127.
20. Артуховина О. Д. Клинический вариант алкоголизма у женщин с наличием признаков пароксизмального влечения к алкоголю // Вопросы наркологии. – 1987. – № 4. – С. 13—15.
21. Архипов И. А. К вопросу о сравнительной оценке некоторых методов лечения женского алкоголизма // Вопросы клиники шизофрении. – Ташкент, 1982. – С. 10—12.
22. Атаева Е. М. Психопатологические и патопсихологические особенности аффективных расстройств личности у женщин, больных алкоголизмом // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных : материалы Рос. конф. – М., 2006. – С. 284—285.
23. Афонина А. А., Граженский А. В. Депрессивные нарушения у больных алкоголизмом во время ремиссии // О классификации психических и поведенческих расстройств : материалы Общерос. науч. конф. – М., 2008. – С. 283.
24. Афонина А. А., Граженский А. В. Корреляция депрессивных расстройств у больных алкоголизмом с первичным патологическим влечением во время ремиссии // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных : материалы Рос. конф. – М., 2006. – С. 285—286.
25. Афтанас Л. И., Байдужа В. П., Грищук И. В., Морозова Н. Б., Новопашина А. В., Труфакин В. А. Способ немедикаментозной коррекции психоэмоционального, нейрогормонального и иммунного статусов человека. – Патент РФ 2314132. 10.01.2008.
26. Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э., Евсеев В. Д., Кисель Н. И. Аудиовизуально-вибротактильная стимуляция (АВВС) в амбулаторной терапии патологического влечения к этанолу при

- ассоциированных формах алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011 – № 5. – С. 7—11.
27. Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э. Эффективность аудиовизуально-вибротактильной стимуляции для коррекции психоvegetативных нарушений при женском алкоголизме на этапе формирования ремиссии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012 – № 4. – С. 47—53.
 28. Балашова Т. Н., Собелл Л. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – № 1. – С. 4—7.
 29. Белковец А. В. Соматическая патология и потребление алкоголя у женщин г. Новосибирска в связи с генетическим полиморфизмом алкоголь-метаболизирующих ферментов : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004. – 14 с.
 30. Бендас Т. В. Гендерная психология. – СПб. : Питер, 2005. – 431 с.
 31. Бисалиев Р. В. Клинические особенности созависимости у женщин с суицидальным поведением // Вопросы наркологии. – 2010. – № 5. – С. 9—15.
 32. Бисалиев Р. В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 57—69.
 33. Бисалиев Р. В., Кальной В. С., Смагина А. А. Созависимость и аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. – 2008. – № 5. – С. 58—64.
 34. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 46 с.
 35. Бохан Н. А. Алкоголизм с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: возможности микроволновой резонансной терапии // Клинические и реабилитационные аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга : материалы научно-практ. конф. Сибирского федерального округа с междунар. участием – Томск; Кемерово, 2006. – С. 65—69.
 36. Бохан Н. А. Клинический полиморфизм и терапия ассоциированных форм алкоголизма // Психоневрология в современном мире : материалы юбилейной научной сессии / под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб. : Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С. 171—172.
 37. Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э., Мандель А. И. Применение ремаскола в комплексной терапии постабстинентных расстройств у больных алкоголизмом с коморбидным поражением печени // Терапевтический архив. – 2012. – № 10 – С. 51—56.
 38. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической амбулаторной сети. – Томск, 2000. – 232 с.
 39. Бохан Н. А., Мазурова Л. В., Мандель А. И. Психологическая коррекция алкогольной зависимости и созависимости у женщин // Современная психотерапия в практической медицине : материалы межрегиональной научно-практической конференции (Новокузнецк, 25—26 апреля 2007 г.) / под науч. ред. В. Я. Семке. – Томск; Новокузнецк, 2007. – С. 51—52.
 40. Бохан Н. А., Мазурова Л. В., Мандель А. И. и др. Психологические особенности «созависимых» женщин // Ежегодник Российского психологического общества : материалы 3-го Всероссийского съезда психологов (25—28 июня 2003 г.). – СПб. : Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2003. – Т. 1. – С. 581—585.
 41. Бохан Н. А., Мандель А. И. Преморбидные факторы в генезе аддитивных расстройств // Психическое здоровье населения Сибири: региональный проблемы, перспективы и пути решения : сб. материалов междунар. научно-практ. конф. (Барнаул, 21—23 мая 2003 г.). – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2003. – С. 176—180.
 42. Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф. Эпидемиология, клинко-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами. Карта стандартизованного обследования больных аддитивными состояниями. – Томск : Изд-во Том. ун-та систем управления и радиоэлектроники, 2004. – 30 с.
 43. Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Трескова И. А., Кисель Н. И. Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин // Наркология. – 2011 – № 10. – С. 36—40.
 44. Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддитивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики // Вопросы наркологии Казахстана. – 2001. – Т. 1, № 2. – С. 75—80.
 45. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трескова И. А. Неврологические синдромы в наркологической практике: коморбидность, клиника, терапия // Психическое здоровье. – 2007. – № 2. – С. 41—45.
 46. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
 47. Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Мазурова Л. В. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддитивных семей. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 120с.
 48. Бурдукова Н. В. Женский алкоголизм и воспалительные процессы половой сферы : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1989. – 18 с.

49. Васильев В. В. Влияние алкогольного опьянения на суицидальное поведение женщин // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 54—58.
50. Вейтельман М. С. Хронический алкоголизм у женщин // Фельдшер и акушерка. – 1972. – № 11. – С. 32—34.
51. Владимиров Б. С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1993. – 24 с.
52. Власов А. А., Атаманов А. А. Тревожный симптомокомплекс в структуре алкогольной зависимости и коморбидные тревожные расстройства: особенности дифференциальной диагностики у женщин // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных : материалы Российской конф. – М., 2006. – С. 289—290.
53. Власова И. Б. Формирование и динамика алкоголизма у женщин молодого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988.
54. Волкова Е. В. Особенности патологического влечения у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (клиника, терапия) // Наркология. – 2007. – № 5. – С. 43—49.
55. Гофман А. Г. Клиническая наркология. – М. : Миклош, 2003. – 215 с.
56. Граженский А. В. Аффективные расстройства в клинике алкоголизма, сочетающегося с эндогенными психическими заболеваниями // О классификации психических и поведенческих расстройств : материалы Общерос. научн. конф. – М., 2008. – С. 289.
57. Григорьева И. Н., Никитенко Т. М., Ямлиханова А. Ю., Максимов В. Н., МIRONENKO Т. В., Воевода М. И. Алкогольный панкреатит: гендерные, возрастные, генетические особенности // Бюллетень СО РАМН. – 2009. – № 3. – С. 42—47.
58. Грищенко О. В. Состояние половой системы у женщин с хронической алкогольной интоксикацией : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Харьков, 1991.
59. Гузилов Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. – Л. : Медицина, 1988. – 224 с.
60. Гузилов Б. М., Риббшлегер М., Ерышев О. Ф. и др. Принципы реабилитации больных алкоголизмом на различных этапах становления терапевтической ремиссии // Транскультуральные исследования в психотерапии. – Л., 1989. – С. 113—120.
61. Гунько А. А., Москаленко В. Д. Психические нарушения у женщин и мужчин, состоящих в браке с больными алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3—4. – С. 162—163.
62. Гуревич Г. Л. Особенности клиники, динамики и терапии алкогольной зависимости при аффективных психозах // Вопросы наркологии. – 2004. – № 3. – С. 38—46.
63. Гусейнов Г. К., Богомолов Д. В. О влиянии алкогольной интоксикации на спектр непосредственных причин смерти при ЧМТ // Наркология. – 2008. – № 4.
64. Гусякова В. В. Алкоголизм женщин в Республике Саха (Якутия) // Наркология. – 2005. – № 3. – С. 66—67.
65. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Тузикова Е. Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением // Наркология. – 2005. – № 5. – С. 43—47.
66. Дмитриева Т. Б., Кирпиченко А. А. Клинико-социальная характеристика женщин с алкогольной зависимостью, совершивших противоправные действия // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 30—32.
67. Дубатова И. В. Особенности клинического течения алкоголизма у женщин // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных : материалы Российской конф. – М., 2006. – С. 295—297.
68. Дудко Т. Н. Алкогольная зависимость // Наркология: Национальное руководство. – М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – С. 575—612.
69. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии : метод. рекомендации. – М., 1991. – С. 7—38.
70. Егоров А. Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 78—80.
71. Егоров А. Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма // Вопросы наркологии. – 2004. – № 6. – С. 10—15.
72. Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // Наркология. – 2005. – № 9. – С. 49—55.
73. Ерышев О. Ф. Нозологическая коморбидность в наркологической практике // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. Алкоголизм, № 1. – С. 21—25.
74. Ерышев О. Ф., Дубинина Л. А., Иовлев Б. В. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии : методические рекомендации. – СПб., 2006. – 20 с.
75. Ерышев О. Ф., Тульская Т. Ю., Рыбакова К. В., Ерошин С. П. Клинико-психологическая характеристика больных с осложненными алкогольной зависимостью расстройствами личности // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – Т. 11, вып. 2. – С. 12—19.

76. Жаныбеков С. Д. Клинико-прогностическая оценка факторов, способствующих формированию алкоголизма у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2002. – 24 с.
77. Жигунова О. А. Адаптация женщин, злоупотребляющих алкоголем // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 61—63.
78. Жиров И. В., Винникова М. А., Агibalова Т. В. Алкоголь и женское сердце: влияние на сердечно-сосудистую заболеваемость и сердечно-сосудистый континуум // Сердце. – 2006. – Т. 5, № 7. – С. 364—367.
79. Жусупова Э. Т., Субханбердина А. С. Роль патологического влечения в рецидивировании болезней зависимости // Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан. – Алматы, 2009. – С. 126.
80. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск : Наука (СО), 1988. – С. 14—22.
81. Затеев С. В. К вопросу о сочетании алкоголизма с другими психическими заболеваниями // Материалы междунар. конф. психиатров – М., 1998. – С. 312—313.
82. Зобин М. А. К оценке эффективности лечения наркологических заболеваний // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. Алкоголизм. – С. 74—78.
83. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Вопросы классификации наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Медпрактика, 2002. – Т. 1. – С. 189—197.
84. Иваничко П. В., Бохан Н. А. Клинико-эпидемиологические особенности формирования алкогольных психозов при коморбидном экзогенно-органическом поражении головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 43—45.
85. Игонин А. Л. Психотерапевтические методы лечения наркологических заболеваний // Наркологические заболевания в лечебной и экспертной практике. – М. : ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. – С. 247—256.
86. Ишекова Н. И., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Особенности морфофункционального состояния женщин, употребляющих алкоголь, на Европейском Севере // Наркология. – 2007. – № 1. – С. 28—31.
87. Качаева М. А., Русина В. В. Влияние социальных факторов на агрессивное криминальное поведение женщин с синдромом зависимости от алкоголя // Наркология. – 2009. – № 5. – С. 51—55.
88. Качаева М. А., Русина В. В., Малкин Д. А. Некоторые аспекты научных исследований, общественных отношений и их отражение в психиатрии при современном гендерном подходе (часть 2) // Психическое здоровье. – 2011. – № 3. – С. 3—8.
89. Киприани Р. Е. Влияние хронической алкогольной интоксикации на некоторые железы внутренней секреции у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Баку, 1974. – 21 с.
90. Кирпиченко А. А. Некоторые особенности социально-психологического статуса женщин с алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 2. – С. 94—98.
91. Кирпиченко А. А. Интеллектуально-мнестические изменения личности у женщин с алкогольной зависимостью // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 1. – С. 20—23.
92. Кисель Н. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э. Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин с преморбидными личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 32—34.
93. Кисель Н. И., Мандель А. И., Бохан Н. А. Качество ремиссии при алкогольной зависимости у женщин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы XIV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 7 октября 2009 г.). – Томск, 2009. – Вып. 14. – С. 137.
94. Кисель Н. И., Мандель А. И., Бохан Н. А. Социально-психологический статус женщин фертильного возраста, страдающих алкоголизмом // Охрана психического здоровья работающего населения России : тезисы докладов конференции (Кемерово, 16—17 апреля 2009 г.) / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. А. Корнилова. – Томск; Кемерово, 2009. – С. 128—129.
95. Клименко Т. В., Агафонова С. С. Типология и систематика резидуальных психических расстройств при алкогольной зависимости // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. Алкоголизм, № 1. – С. 37—40.
96. Клименко Т. В., Кирпиченко А. А. Клинико-психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2007. – № 6. – С. 65—67.
97. Клименко Т. В., Кирпиченко А. А. Особенности качества жизни женщин с алкогольной зависимостью // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 9—16.
98. Клименко Т. В., Кирпиченко А. А. Реактивная и личностная тревожность у женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2007. – № 9. – С. 32—34.
99. Козырева А. В. Гендерные особенности интеллектуально-мнестического снижения при алкогольной зависимости // XV съезд психиатров России (9—12 ноября 2010г.) : материалы съезда. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 252—253.

100. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 8—15.
101. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология: настольная книга. – М. : Институт консультирования и системных решений; Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.
102. Короленко Ц. П., Тимофеева А. С., Донских Т. А. Женский алкоголизм: варианты течения, принципы терапии // Тез. докл. 5-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – М., 1985. – Т. 2. – С. 75—77.
103. Короленко Ц. П., Шпикс Т. А. Алкогольные аддикции у женщин (клиническое течение, психологические механизмы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 38—41.
104. Кошкина Е. А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 17—27.
105. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Бабичева Л. П., Муганцева Л. А. Деятельность наркологической службы Российской Федерации: оценка статистических показателей и анализ результатов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Вып. 2. Алкоголизм, № 6. – С. 3—8.
106. Кравцова Т. В., Великанова Л. П. Стратегии совладающего поведения у женщин молодого возраста с разными формами донозологического потребления алкоголя // Вопросы наркологии. – 2010. – № 1. – С. 10—18.
107. Кравченко С. Л. Периодические формы злоупотребления алкоголем в клинике алкоголизма у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 21 с.
108. Кравченко С. Л. Соотношение преморбидных факторов и прогрессивности алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. – 2002. – № 5. – С. 26—31.
109. Кравченко С. Л. Структурно-временные характеристики формирования алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. – 2002. – № 1. – С. 41—47.
110. Кравченко С. Л. Течение алкоголизма у женщин: роль терапии // Вопросы наркологии. – 2006. – № 4. – С. 11—18.
111. Крупицкий Е. М., Руденко А. А., Цой М. В., Незнанова О. Н., Бураков А. М., Славина Т. Ю., Гриненко А. Я., Звартау Э. Э., Фланнери Б., Кребаум С. Связь патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии с рецидивом заболевания // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. Алкоголизм, № 1. – С. 32—36.
112. Крячек В. С. Клинико-социальная характеристика женщин, больных алкоголизмом, совершивших правонарушения // Алкоголизм (клинико-терапевтические, патогенетические и судебно-психиатрические аспекты). – М., 1981. – С. 113—126.
113. Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г., Анкудинова И. Э. Взаимосвязь гендерной идентичности с клинической динамикой и терапевтическим прогнозом алкоголизма у женщин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3. – С. 36—41.
114. Курьянова Н. Н. О формировании алкоголизма у женщин Астрахани // Вопросы наркологии. – 2005. – № 6. – С. 68—72.
115. Курьянова Н. Н. Социальная деградация женщин, больных алкоголизмом // Российский семейный врач. – 2005. – Т. 9, № 11. – С. 44—46.
116. Литвинцев С. В., Резник А. М., Арбузов А. Л., Кутушев О. Т., Мартынюк Ю. Л., Хурбатова И. Г. Фармакотерапия аффективных расстройств у больных алкоголизмом // Наркология. – 2002. – № 3. – С. 32—36.
117. Лукачер Г. Я., Махова Т. А. Неврологические проявления алкоголизма. – М. : «Медицина», 1989. – 272 с.
118. Лукин А. А. Клинические особенности алкоголизма у женщин, перенесших алкогольные психозы // Вопросы наркологии. – 2008. – № 4. – С. 65—72.
119. Малышко Т. В. Алкоголизм у женщин с преобладанием преморбидных черт характера стенического и астенического круга (клиника, терапия, прогноз) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 16 с.
120. Мальцев С. Н. Очерки клинической психоневрологии. – Томск : Изд-во ТГУ, 2001. – 189 с.
121. Мандель А. И. Аффективно-личностные расстройства у больных с алкогольной и наркотической зависимостью // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы) : сб. материалов междунар. научно-практ. конф. (Томск, 22—24 апреля 2003 г.) / под науч. ред. Н. А. Корнетова – Томск : Изд-во ТГУ, 2003. – С. 223—229.
122. Мандель А. И. Характерологические особенности женщин, зависимых от алкоголя и созависимых от алкоголизации мужей // Охрана психического здоровья в демографической политике страны : тезисы докладов научно-практической конференции с междунар. участием, посвященная 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы. – (Томск, 9—10 октября 2008 г.) / под науч. ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. П. Агаркова. – Томск, 2008. – С. 223—226.
123. Мандель А. И. Личностные характеристики женщин, страдающих алкоголизмом, и женщин, зависимых от алкоголизации мужей // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с междунар. участием (24—27 ноября 2009 г.). – М., 2009. – С. 93—94.
124. Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Кисель Н. И. Ассоциированные формы алкоголизма у женщин // XV съезд психиатров России : материалы съезда (9—12 ноября 2010 г.). – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 258.

125. Мандель А. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф. и др. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2006. – Том XII, № 1. – С. 63—67.
126. Мандель А. И., Кисель Н. И. Женский алкоголизм: проблемы зависимости и созависимости // Психическое здоровье семьи в современном мире : тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Томск, 8 октября 2009 г.). – Томск, 2009. – С. 80—82.
127. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М. : МЕДпрессинформ, 2003. – 306 с.
128. Мизерене Р. В., Григорьев Г. И., Григорьев С. Г. Возрастные особенности формирования ремиссии у женщин, больных алкоголизмом // Вестник психотерапии. – 2006. – № 16. – С. 106—116.
129. Миневич В. Б., Артемьев И. А. Особенности тенденций формальных и гипотетических показателей алкоголизма женщин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 1. – С. 64—67.
130. Минко А. И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 4. – С. 6—7.
131. Немцов А. В. Этапы и возрастные особенности течения алкоголизма // Наркология. – 2012. – № 6. – С. 32—38.
132. Никифоров И. А., Чернобровкина Т. В. Лабораторная диагностика сопутствующей злоупотреблению алкоголем соматической патологии у подростков женского пола // Врач. – 2006. – № 14. – С. 37—41.
133. Никифоров И. А., Чернобровкина Т. В., Артемчук А. Ф., Сосин И. К. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. – 2006. – № 12. – С. 28—32.
134. Овчинников А. А. Диссоциативная модель формирования психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя (психиатрическая коморбидность, клинко-феноменологический, клинко-психологический, психокоррекционный и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2008. – 47 с.
135. Овчинников А. А., Бохан Н. А., Дресвянников В. Л. и др. Терапия алкогольной зависимости, ассоциированной с аффективными нарушениями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 24—25.
136. Овчинников А. А., Бохан Н. А., Дресвянников В. Л., Щелок О. А. Аффективные нарушения в структуре ремиссий при алкогольной аддикции // Сибирский вестник психологии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 38—40.
137. Овчинников А. А., Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л. Сравнение эффективности терапевтических программ при алкоголизме // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4 (39). – С. 32—35.
138. Овчинников С. В., Цыганков Б. Д., Шамов С. А., Старкова И. В. Алкоголизм молодых женщин с девиантным поведением (клинико-психологический, социальный и терапевтический аспекты) // Наркология. – 2008. – № 3. – С. 67—72.
139. Оруджев Н. Я., Жигунова О. А. Социальная адаптация женщин, подростков и детей, злоупотребляющих алкоголем // Вопросы наркологии. – 2001. – № 4. – С. 68—77.
140. Панченко Л. Ф., Пирожков С. В., Дудко Т. Н., Баронец В. Ю., Алябьева Т. Н., Перегуд Д. И. Гендерные различия в динамике соматической патологии у больных алкоголизмом в абстинентном периоде // Вопросы наркологии. – 2008. – № 6. – С. 42—47.
141. Пивень Б. Н., Шереметьева И. И. Смешанные формы психических заболеваний. – Новосибирск : Наука, 2003. – 125 с.
142. Позняк В. Б. Алкоголизм у женщин: клинко-генетические аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 25 с.
143. Понизовский П. А., Магалиф А. Ю. Особенности алкоголизма у представителей среднего класса (по данным московской выборки) // Вопросы наркологии. – 2010. – № 5. – С. 16—23.
144. Потрываева Н. Ю., Зиньковский А. К. Преморбидные особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью средней стадии // О классификации психических и поведенческих расстройств : материалы Общерос. науч. конф. – М., 2008. – С. 328—329.
145. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – Л. : Медицина, 1988. – 288 с.
146. Разводовский Ю. Е., Дукорский В. В. Социально-эпидемиологические и психопатологические корреляты парасуицида женщин с синдромом зависимости от алкоголя // Вопросы наркологии. – 2011. – № 3. – С. 29—36.
147. Редченко Е. М., Буторин И. Ю., Мартынова Н. А. Распространенность наркологических расстройств в Томской области : методическое пособие, рекомендуемое для специалистов, работающих в сфере профилактики наркологических заболеваний. – Томск, 2010. – 87 с.
148. Русинов А. В., Кравченко С. Л. Рецидивирование алкоголизма у женщин и мужчин: сравнительные аспекты // О классификации психических и поведенческих расстройств : материалы Общерос. науч. конф. – М., 2008. – С. 333—334.

149. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – № 12. – С. 30—35.
150. Семке В. Я., Галактионов О. К., Мандель А. И., Бохан Н. А., Мецержков Л. В. Алкоголизм: региональный аспект. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1992. – 221 с.
151. Сергеев В. А. Сравнительный анализ клинико-динамических характеристик больных с сочетанной патологией – последствиями черепно-мозговых травм и хроническим алкоголизмом // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – № 1.
152. Сиволан Ю. П. О некоторых дискуссионных вопросах течения и прогноза алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. Алкоголизм, № 1. – С. 79—83.
153. Сиволан Ю. П. Алкоголизм и современные методы его лечения // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 25—29.
154. Сиволан Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление алкоголем и депрессия // Наркология. – 2012. – № 5. – С. 79—82.
155. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Медико-социальная характеристика подростков женского пола с ранним алкоголизмом // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1987. – Т. 87, вып. 10. – С. 1543—1547.
156. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. – Архангельск : АГ-МА, 1999. – 306 с.
157. Соколова Е. П. Варианты клиники алкоголизма у женщин с поздним началом систематического употребления алкоголя // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 18—22.
158. Соколова Е. П. Клиническая симптоматика алкоголизма у женщин молодого возраста и некоторые подходы к его терапии // Вопросы наркологии. – 1995. – № 1. – С. 50—53.
159. Солтангазинова З. Б. Особенности течения алкоголизма у женщин // Материалы II Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов Республики Казахстан. – Павлодар, 2004. – С. 216—217.
160. Сосин И. К., Слабунов О. С., Сайков Д. В., Чуев Ю. Ф. Клинические особенности алкогольной депрессии и новые подходы к ее лечению // Архив психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 1 (36). – С. 84—91.
161. Софронов А. Г., Егоров А. Ю. Исследование сравнительной эффективности колме и дисульфирама при лечении хронического алкоголизма у женщин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 45—49.
162. Софронов А. Г., Николкина Ю. А. Социально-демографические, клинические характеристики женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся на динамическом наблюдении в наркологическом диспансере // Наркология. – 2011. – № 12. – С. 46—51.
163. Софронов А. Г., Николкина Ю. А. Анализ отдельных социально-демографических и клинических особенностей у неработающих женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2013. – № 2. – С. 43—48.
164. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 520 с. (С. 500—505).
165. Счастный Е. Д., Алтынбеков К. С. Диагностика и терапия аффективных нарушений при ассоциированных формах алкоголизма : метод. рекомендации для врачей. – Томск, 2007. – 28 с.
166. Тархан А. У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитности у больных с алкогольной зависимостью // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 1 (Наркология). – С. 77—82.
167. Труфакин В. А., Афтанас Л. И., Морозова Н. Б. Психонейроиммунологические эффекты современных психонейротехнологий в преодолении постстрессорных состояний : Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / под ред. В. И. Покровского. – М. : Медицина, 2004. – Гл. 9. – С. 121—132.
168. Ураков И. Т., Власова И. Б. Возрастные аспекты начального этапа формирования женского алкоголизма // Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте. – М., 1982. – С. 51—53.
169. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А., Кручинская Ю. Н. Аутодеструктивные и аддитивные аспекты раннего женского алкоголизма // Наркология. – 2003. – № 9. – С. 30—31.
170. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А., Кручинская Ю. Н. Сексологические показатели шкалы СФЖ в клинической динамике больных алкоголизмом // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 46—48.
171. Чернобровкина Т. В., Артемчук А. Ф., Сосин И. К., Никифоров И. А. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. – 2006. – № 12. – С. 47—74.
172. Чирко В. В., Демина М. В. Закономерности течения наркологических заболеваний. Основные варианты и стадии течения аддикций // Наркология. – 2009. – № 8. – С. 80—85.
173. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. – СПб. : Изд-во «Лань», 1998. – 352 с.
174. Шайдукова Л. К. Феномен «спайвания» в алкогольных семьях и его психологическая мотивация // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1992. – № 3. – С. 76—77.

175. Шайдукова Л. К. «Мишени» психотерапии алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. – 1994. – № 3. – С. 13—19.
176. Шайдукова Л. К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин : автореф. дис. ... д-р. мед. наук. – М., 1996. – 34 с.
177. Шайдукова Л. К. Некоторые особенности проблематики алкоголизма у женщин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 2. – С. 129—140.
178. Шайдукова Л. К. Особенности аутохтонно-доминирующего типа женского алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 45—51.
179. Шайдукова Л. К. Психологические истоки формирования алкоголизма у женщин // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 27—30.
180. Шайдукова Л. К., Мельчихин С. И. Феноменологические особенности депрессивных расстройств у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 1. – С. 31—34.
181. Шайдукова Л. К., Мельчихин С. И., Кирсанов Е. С. Аутодеструктивные и аддиктивные аспекты раннего женского алкоголизма // Наркология. – 2003. – № 9. – С. 30—31.
182. Шайдукова Л. К., Мельчихин С. И., Шагахметов Ф. Ш. Феномен депрессивной анозогнозии одиноких женщин, больных алкоголизмом // Неврологический вестник. – 2003. – Т. 35, вып. 3. – С. 45—51.
183. Шайдукова Л. К., Овсянников М. В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 55—58.
184. Шевцова Ю. Б., Индин А. С. Взаимосвязь агрессивного поведения с динамикой алкоголизма // Наркология. – 2007. – № 11. – С. 29—36.
185. Шереметьева И. И. Экзогенно-органические поражения головного мозга у больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 39—41.
186. Шорин В. В. Клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты алкоголизма при коморбидной соматической патологии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1998. – 40 с.
187. Шпаков А. В. Клинические и социально-психологические особенности женского алкоголизма в этнических популяциях Южного Урала : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2006. – 30 с.
188. Шпаков А. В., Бенько Л. А. Анализ нейropsychологической симптоматики при женском алкоголизме в этнических популяциях Южного Урала // Вопросы наркологии. – 2007. – № 3. – С. 22—26.
189. Штырков А. Г. Особенности алкоголизма у женщин с эпилептоидными чертами характера : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
190. Шумский Н. Г. Алкоголизм у женщин // Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – М. : Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 271—274.
191. Шустов Д. И., Валентик Ю. В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86—92.
192. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. – М. : Медицина, 1990. – 416 с.
193. Ядрова Т. В. Психические расстройства у женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершивших правонарушения (клинический, социальный и судебно-психиатрический аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
194. Ярославцев О. М. Организация терапевтического процесса у больных с наркологической патологией // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 232—237.
195. Alati R., Kinner S., Najman J. M. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department // Alcohol. – 2004. – Vol. 39, № 5. – P. 463—469.
196. Allamani A., Voller F., Kubichka L., Bloomfield K. Drinking cultures and position of woman in nine European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 231—247.
197. Annis H. M., Sklar S. M., Moser A. E. Gender in relation to relapse crisis situation, coping, and outcomes among treated alcoholics // Addict. Behav. – 1998. – Vol. 23, № 1. – P. 127—131.
198. Bendtsen P., Lejman Dahlstrom M., Bjurulf P. Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre // Addictive Behaviors. – 2002. – Vol. 27. – P. 21—33.
199. Bloomfield K. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 223—229.
200. Blume S. B., Zilberman M. L. Addiction in women / M. Galanter, H. Kleber eds. // Textbook of substance abuse treatment. – 3rd ed. – Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc., 2004. – P. 539—546.
201. Bokhan N. A. Anxiolytic effects of microwave resonance therapy in associated forms of alcoholism // WPA Juan J. Lopez Ibor Centennial Congress. – Madrid, Spain, 2006. – P. 8.
202. Bokhan N. A. Microwave Resonance Therapy in Withdrawal Syndrome in Associated Forms of Alcoholism // 14th European Congress of Psychiatry. – Nice, France, 2006. – Poster Section 2: Alcoholism and Addiction. – www.kenes.com/aep2006/program/session1.asp

203. Bokhan N., Semke V., Mandel A. UHF prevention of relapses of complicated forms of alcoholism // VI World Congress World Association for Psychosocial Rehabilitation. – Hamburg, 1998. – Abstracts. – P. 179.
204. Brady K. T., Grice D. E., Dustan L. et al. Gender differences in substance use disorders // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – P. 1707—1711.
205. Brust J. C. M. Neurological Aspects of Substance Abuse. – 2nd ed. – Philadelphia : Elsevier Inc., 2004.
206. Dawson D. A. Gender differences in the risk of alcohol dependence: United States // Addiction. – 1996. – Vol. 91 – P. 1832—1842.
207. Dawson D., Cloninger C. The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence? // J. Stud. Alcohol. – 2000. – Vol. 61. – P. 637—646.
208. de Lima M. S., Dunn J., Novo I. P., Tomasi E., Reisser A. A. Gender difference in the use of alcohol and psychotropics in Brazilian population // Subst. Use Misuse. – 2003. – Vol. 38, № 1. – P. 51—65.
209. Ely M., Hardy R., Longford N. T., Wadsworth M. E. Gender differences in the relationships between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water // Alcohol and alcoholism. – 1999. – Vol. 34, № 6. – P. 894—902.
210. Frye M. A., Altshuler L. L., McElroy S. L. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 5. – P. 883—889.
211. Glem G., Bloomfield K., Ahlstrom S., Choquet M., Lecomte T. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 249—264.
212. Gomberg E. Women's drinking practices and problem from a lifespan perspective // Women and alcohol: Issues for prevention research. – 1996. – P. 185—214.
213. Graham K., Wilsnack R., Dawson D., Vogeltanz N. Should alcohol consumption measure be adjusted for gender differences? // Addiction. – 1998. – Vol. 93. – P. 1137—1147.
214. Grant J. D., Heath A. C., Bucholz K. K. et al. Spousal concordance for alcohol dependence: evidence for assortative mating or spousal interaction effect? // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2007. – Vol. 31, № 5. – P. 717—728.
215. Green C. A. Gender and use of substance abuse treatment services // Alcohol. Res. Health. – 2006. – Vol. 29, № 1. – P. 55—62.
216. Greenfield S. F., Brooks A. J., Gordon S. M. et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature // Drug Alcohol. Depend. – 2007. – Vol. 86, № 1. – P. 1—21.

217. Greenfield S. H. Women and alcohol use disorders // Harv. Rev. Psychiatry. – 2002. – Vol. 10, № 2. – P. 76—85.
218. Hallman J., Persson M., Klinteberg B. Female alcoholism: Differences between female alcoholics with and without a history of additional substance misuse // Alcohol and alcoholism. – 2001. – Vol. 36, № 6 – P. 564—571.
219. Hanna E. Z., Faden V. B., Harford T. C. Marriage: does it protect young women from alcoholism? // J. Subst Abuse. – 1993. – V. 5, № 1. – P. 1—14.
220. Helzer J. E., Pryzbeck T. R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment // J. Stud. Alcohol. – 1988. – Vol. 49, № 3. – P. 219—224.
221. Hesselbrock M. Women alcoholics: A comparison of the natural history of alcoholism between men and women // Evaluation of the alcoholic: Implications for research, theory and treatment. – 1981. – № 5. – 451 p.
222. Huang T., Charyton Ch. A Comprehensive Review of the Psychological Effects of Brainwave Entrainment // Alternative Therapies in Health and Medicine. – 2008. – Vol. 14, № 5. – P. 38—49.
223. Jonson H. Factors associated with drug and alcohol dependency among women in prison // Trends and issues in crime and criminal justice. – Canberra : Australian Institute of Criminology, 2006. – № 318.
224. Kelley M. L., Cash T. F., Grant A. R., Miles D. L., Santo M. T. Parental alcoholism: Relationships to adult attachment in college women and men // Addictive Behaviors. – 2004. – Vol. 29, № 8. – P. 1633—1636.
225. Kendler K. S., Bulik C. M., Silberg J. et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and co-twin control analysis // Arch. Gen. Psychiatry. – 2000. – V. 57. – P. 953—959.
226. Kessler R. C., Crum R. M., Warner L. A., Nelson C. B., Schulenberg J., Anthony J. C. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey // Archive of General Psychiatry. – 1997. – Vol. 54. – P. 313—321.
227. Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Saunders B. E. et al. Victimization, posttraumatic stress disorder, and substance use and abuse among women / C. L. Wetherington, A. B. Roman eds. // Drug addiction research and the health of women. – Rockville, MD : U. S. Department of Health and Human Services, 1998. – P. 285—307.
228. King A. C., Bernardy N. C., Haune K. Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcohol and problem drinkers // Addictive Behave. – 2003. – Vol. 28, № 1. – P. 171—187.

229. Klose M., Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? // Arch. Women's Mental Health. – 2004. – № 7. – P. 133—148.
230. Knibbe R. A., Bloomfeld K. Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences // Substance Abuse. – 2001. – Vol. 22, № 1. – P. 23—38.
231. Le Scouarnec R. P., Poirier R. M., Owens J. E., Gauthier J., Taylor A. G., Foresman P. A. Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: a pilot study of tape preference and outcomes // Altern. Ther. Health. Med. – 2001. – Vol. 7, № 1. – P. 58—63.
232. Leonard K. E., Das Eiden R. Husband's and wife's drinking: unilateral or bilateral influences among newlyweds in a general population sample // J. Stud. Alcohol Suppl. – 1999. – Vol. 13. – P. 130—138.
233. Leonard K. E., Mudar P. J. Alcohol use in the year before marriage: alcohol expectancies and peer drinking as proximal influences on husband and wife alcohol involvement // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2000. – Vol. 24, № 11. – P. 1666—1679.
234. Leonard K. E., Mudar P. Peer and partner drinking and the transition to marriage: A longitudinal examination of selection and influence processes // Psychology of Addictive Behaviors. – 2003. – V. 17. – P. 115—125.
235. Lisansky-Gomberg E. Alcohol and Women // Alcohol Research Documentation, Inc. Center of Alcohol Studies, Rutgers University. – New Brunswick, New Jersey, 1989. – 28 p.
236. Logan T. K., Walker R., Cole J. et al. Victimization and substance abuse among women: contributing factors, interventions, and implications // Review of General Psychology. – 2002. – № 6. – P. 325—397.
237. Lundahl L. H., Lukas S. E. The impact of familial alcoholism on alcohol reactivity in female social drinkers // Exp. Clin. Psychopharmacol. – 2001. – Vol. 9, № 1. – P. 101—109.
238. Mann K., Ackermann K., Croissant B. et al. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2005. – Vol. 29, № 5. – P. 896—901.
239. Miller B. A., Wilsnack S. C., Cunradi C. B. Family violence and victimization: treatment issues for women with alcohol problems // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2000. – Vol. 24, № 8. – P. 1287—1297.
240. Moss H. B., Lynch K. G. Comorbid disruptive behavior disorder and their relationship to adolescent alcohol use disorders // Drug and Alcohol Dependence. – 2001. – Vol. 64. – P. 75—83.

241. Munro C. A., Oswald L. M., Weerts E. M., McCaul M. E., Wand G. S. Hormone responses to social stress in abstinent alcohol-dependent subjects and social drinkers with no history of alcohol dependence // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2005. – Jul. – V. 29 (7). – P. 1133—1138.
242. Nixon S. Typologies in women // Recent Development in Alcoholism. – 1993. – Vol. 11. – P. 305—323.
243. Ortman D. The Dual Diagnosis Recovery Textbook. – Chicago, New York, Toronto : Contemporary Books, 2001.
244. Ossebaard H. C. Stress reduction by technology? An experimental study into the effects of brainmachines on burnout and state anxiety // Appl. Psychophysiol. Biofeedback. – 2000. – V. 25, № 2. – P. 93—101.
245. Ostlund A., Spak F., Sundh V. Personality traits in relation to alcohol dependence and abuse and psychiatric comorbidity among women: a population-based study // Subst. Use Misuse. – 2004. – Vol. 39, № 9. – P. 1301—1318.
246. Payne R. A., Back S. E., Wright T., Hartwell K., Brady K. T. Alcohol dependence in women: Comorbidities can complicate treatment. Screen for trauma history, mood and anxiety disorders, and treat them concurrently // J. of Family Practice. – 2009. – Vol. 8, № 6. – P. 35—46.
247. Pettinati H. M., Dundon W., Lipkin C. Gender differences in response to sertraline pharmacotherapy in Type A alcohol dependence // Am. J. Addict. – 2004. – Vol. 13, № 3. – P. 236—247.
248. Pigott T. A. Anxiety disorders in women // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2003. – Vol. 26, № 3. – P. 621—672.
249. Randall C. L., Thomas S. E., Thevos A. K. Gender comparison in alcoholics with concurrent social phobia: implications for alcoholism treatment // Am. J. Addict. – 2000. – Vol. 9, № 3. – P. 202—215.
250. Richter D., Venzke A., Settlemayer J., Reker High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients – heavy users or chronically ill patients? // Psychiatr. Prax. – 2002. – Vol. 29, № 7. – P. 364—368.
251. Room R. Typologies of the cultural position of drinking // J. Stud. Alcohol. – 2000. – Vol. 61. – P. 475—484.
252. Ross H. Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: A comparison of men and women // Alcoholism. – 1989. – Vol. 13. – P. 810—816.
253. Rubin A., Stout R. L., Longabaugh R. Gender differences in relapse situations // Addiction. – 1996. – Dec. – V. 91. – Suppl. – P. S111—120.
254. Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 352. – P. 596—607.

255. Santelli J. S. Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults // *Fam. Plann. Perspect.* – 2001. – № 5. – P. 200—205.
256. Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C. Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults // *J. Stud. Alcohol.* – 2004. – Vol. 65, № 5. – P. 638—642.
257. Schuckit M. A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 5th ed. – N. Y. : Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2000. – 380 p.
258. Schuckit M. A., Daepfen J., Hesselbrock M., Bucholz K. The clinical course of alcohol-related problems in alcohol dependent and nonalcohol dependent drinking women and men // *J. Stud. Alcohol.* – 1998. – Vol. 59. – P. 581—590.
259. Schuckit M. A., Smith T. L., Kalmijn J., Tsuang J., Hesselbrock V., Bucholz K. Response to alcohol in daughters of alcoholics: A pilot study and a comparison with sons of alcoholics // *Alcohol and Alcoholism.* – 2000. – V. 35, № 3. – P. 242—248.
260. Scodol A. E., Oldham J. M., Gallaher P. E. Axis 2 Comorbidity of Substance Use Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorder // *American Journal of Psychiatry.* – 1999. – P. 733—738.
261. Siever D. The rediscovery of audio-visual entrainment technology. – Edmonton; Alberta; Canada : Comprotronic devices limited, 1997—2000. – 132 p.
262. Sinha R., Rounsaville B. J. Sex differences in depressed substance abusers // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63, № 7. – P. 616—627.
263. Slutske W. S., Hunt-Carter E. E., Nabors-Oberg R. E., Sher K. J., Bucholz K. K., Madden P. A., Anokhin A., Heath A. C. Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study // *J. Abnorm. Psychol.* – 2004. – Nov. – V. 113, № 4. – P. 530—540.
264. Stewart S. H., Gavric D., Collins P. Women, girls, and alcohol / K. T. Brady, S. E. Back, S. Greenfield (eds.) *Women and addiction: a comprehensive handbook.* – New York, NY : Guilford Press, 2009.
265. Thomasson H. R. Gender differences in alcohol metabolism: physiological responses to ethanol // *Recent Developments in Alcoholism* / M. Galanter ed. – New York : Plenum Press, 1995. – V. 12. – P. 163—179.
266. Volkow N. Comorbidity: addiction and other mental illnesses. – Rockville, MD : U. S. Department of Health and Human Services, 2009.
267. Weijers H. G., Wiesbeck G. A., Wodarz N., Keller H., Michel T., Boning J. Gender and personality in alcoholism // *Arch. Women Ment. Health.* – 2003. – Nov. – V. 6, № 4. – P. 245—252.
268. Wilsnack S. C., Wilsnack R. W. International gender and alcohol research: recent findings and future directions // *Alcohol Res. Health.* – 2002. – V. 26, № 4. – P. 245—250.

Приложение 1

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Отделение аддитивных состояний

Карта №

стандартизованного описания обследуемого по теме НИР

«Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами». Составители д. м. н., профессор Н. А. Бохан; д. м. н., профессор А. И. Мандель, к. м. н. Аболонин А. Ф. (Томск, 2004)

Ф. И. О. больного

Возраст

Адрес

Место проведения обследования клиники ФГБУ «НИИПЗ» ТНЦ СО РАМН, отделение аддитивных состояний

№ истории болезни (амбулаторной карты)

Диагноз

I. ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИЕ ДАННЫЕ.

Пол

1. мужской

2. женский

Месяц и год рождения

Возраст на момент исследования

Место рождения

3. Томск

4. Томская область

5. другое

Национальность

Расовая принадлежность (европеоид, монголоид, метис)

Профессия

Образование

Место работы (учебы)

II. РОДИТЕЛЬСКАЯ СЕМЬЯ ОБСЛЕДУЕМОЙ

Обследуемая воспитывалась

6. обоими родителями

7. одним из родителей

8. родной матерью и отчимом (родным отцом и мачехой)

9. родственниками, в приемной семье

10. в интернате, в детском доме

11. в других условиях

Условия воспитания

12. гармоничные

13. гиперопека

14. гипоопека

15. «кумир семьи»

16. «золушка»

17. завышение требований

18. бессистемные (под влиянием настроения, жестокое обращение)

Образование отца

19. начальное

20. неполное среднее

21. среднее

22. среднее специальное

23. незаконченное высшее

24. высшее

Образование матери

25. начальное

26. неполное среднее

27. среднее

28. среднее специальное

29. незаконченное высшее

30. высшее

Профессия отца

31. неквалифицированный рабочий

32. квалифицированный рабочий

33. работник сельского хозяйства

34. служащий

35. работник торговли, сферы бытового обслуживания, общественного питания

36. военнослужащий, сотрудник ОВД, налоговой полиции, таможни, пожарной охраны

37. сотрудник административно управленческого аппарата

38. работник коммерческих структур

39. лицо свободной профессии

40. другая профессия

Профессия матери

41. неквалифицированная рабочая

42. квалифицированная рабочая

43. работник сельского хозяйства

44. служащий

45. работник торговли, сферы бытового обслуживания, общественного питания

46. сотрудник административно управленческого аппарата

47. работник коммерческих структур

48. лицо свободной профессии

49. другая профессия

Взаимоотношения между родителями обследуемой в период ее детства и юности

50. гармоничные

51. нейтральные

52. конфликтные

Материальный уровень семьи

53. высокий

54. средний

55. низкий

Употребление алкоголя отцом

56. абстинент

57. ритуальное

58. высокий уровень алкоголизации

Употребление алкоголя матерью

59. абстинент

60. ритуальное

61. высокий уровень алкоголизации

Злоупотребление алкоголем родственниками. Алкогольные психозы у родственников

62. да

63. нет

Случаи смерти близких родственников от опоя

64. да

65. нет

Случаи употребления наркотиков, токсических веществ родителями или ближайшими родственниками обследуемой

66. не имелись

67. имелись

Другие психические заболевания родственников (какие)

68. нет

69. отец

70. мать

71. сибсы

Суициды (завершенные и незавершенные) родственников

72. нет

73. да (отец, мать, сибсы, др.)

Отношение к употреблению алкоголя обследуемой

Со стороны отца

74. активное противодействие

75. неодобрительное

76. индифферентное

77. поощрительное

78. вовлечение

79. отвержение

Со стороны матери

80. активное противодействие

81. неодобрительное

82. индифферентное

83. поощрительное

84. вовлечение

85. отвержение

Со стороны родственников

86. активное противодействие

87. неодобрительное

88. индифферентное

89. поощрительное

90. вовлечение

91. отвержение

III. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ.

Раннее развитие и дошкольный период

Акушерский анамнез матери обследуемой

92. без особенностей

93. патология

Раннее развитие (до 3 лет)

94. своевременное

95. искаженное

Наличие неврологических эпизодов (до 6 лет) – страхи, энурез, снохождение, судороги

96. нет

97. гиперкинетические расстройства (по типу минимальной мозговой дисфункции)

98. нарушение активности внимания

99. расстройства поведения

100. смешанные расстройства поведения и эмоций

101. другие эмоциональные расстройства детского возраста

Обобщенный тип поведения в детстве

102. тормозимый

103. возбудимый

104. без особенностей

Наличие частых (или тяжелых длительных) соматических заболеваний в этот период

105. нет

106. да

Наличие психотравмирующих ситуаций в этот период

107. нет

108. острые

109. хронические

Обучение в школе

Успеваемость

110. высокая

111. средняя

112. неудовлетворительная

Нарушения дисциплины

113. нет

114. да

Отношения с одноклассниками

115. дружеские

116. формальные

117. конфликтные

118. отчужденность

Роль в классном коллективе

119. формальное лидерство

120. неформальное лидерство

121. пассивная подчиняемость

122. игнорирование общественной жизни

123. другая

Отношение к учебе

124. равнодушное

125. интерес к одному или нескольким предметам

126. отрицательное

Подростковый период

Поведенческие реакции в подростковом возрасте (по А. Е. Личко)

127. эмансипации

128. группирования

129. хобби

130. компенсации и гиперкомпенсации

131. другие

Увлечения (наиболее выраженные) в этом возрасте

132. нет

133. учеба, выбранная специальность, общественная деятельность

134. индивидуальное хобби

135. групповое хобби

136. домашние дела, дачный участок

137. другие

Патологические реакции пубертатного возраста (Сухарева Г. Е.)

- 138. психогенные (протеста, оппозиции)
- 139. сверхценный ипохондрический синдром
- 140. дисморфобический синдром
- 141. нервная анорексия
- 142. сверхценные увлечения и интересы (в том числе «философическая интоксикация»)
- 143. девиантное поведение антидисциплинарное, делинквентное (правонарушения), аутоагрессивное (суицидальные попытки)

Соматопсихическое развитие

- 144. нормальное
- 145. ускоренное
- 146. задержанное
- 147. искаженное (какое)

Менструальная функция

- 148. периодическая, в каком возрасте (лет)
- 149. нарушения менструальной функции: гиперполименорея, олигоменорея, аменорея
- 150. утрачивает регулярность под влиянием неблагоприятных условий, нервно-психических переживаний и др.
- 151. стала нерегулярной или полностью прекратилась, в каком возрасте (лет)
- 152. ранний климакс, с какого возраста (лет)

Наличие гинекологических заболеваний

- 153. нет
- 154. да

Наличие соматических заболеваний

- 155. нет
- 156. да

Наличие психических заболеваний

- 157. нет
- 158. да

Компания обследуемой в подростковый период. Предпочтительный круг общения

- 159. отсутствие компании, одиночество
- 160. товарищи по месту жительства
- 161. товарищи по месту учебы (или работы)
- 162. товарищи по кружку, секции, клубу
- 163. родственники
- 164. другое

Роль обследуемой в компании

- 165. отсутствие компании
- 166. лидерство
- 167. конформность
- 168. подчиняемость

Увлечения компании

- 169. отсутствие компании
- 170. общение без какой-либо активной деятельности
- 171. совместная активная деятельность, связанная с выбранной специальностью, совместным хобби, спортом
- 172. стремление к «рискованным» делам
- 173. другое

Привлечение к уголовной ответственности

- 174. нет
- 175. за правонарушения, в опьянении
- 176. за правонарушения, вне состояния опьянения

148

IV. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В ПРЕМОРБИДЕ

- 177. гармоническая
- 178. акцентуация
- 179. психопатия
- 180. предположительные постпроцессуальные изменения

Характер акцентуации

- 181. отсутствует
- 182. гипертимного типа
- 183. циклоидного типа
- 184. эмоционально лабильного типа
- 185. сенситивного типа
- 186. психастенического типа
- 187. шизоидного типа
- 188. эпилептоидного типа
- 189. истероидного типа
- 190. неустойчивого типа
- 191. конформного типа
- 192. смешанного типа

Тип психопатии

- 193. отсутствует
- 194. параноидное расстройство личности
- 195. шизоидное расстройство личности
- 196. диссоциальное расстройство личности
- 197. эмоционально неустойчивое расстройство личности
- 198. истерическое расстройство личности
- 199. ананкастное расстройство личности
- 200. тревожное расстройство личности
- 201. зависимое расстройство личности
- 202. другое расстройство личности

Ведущие черты характера на момент исследования. Преобладающий фон настроения

- 203. повышенный, жизнерадостный, оптимизм
- 204. сниженный, пессимистичность, ощущение безысходности
- 205. периодически меняющийся
- 206. крайне изменчивый по незначительным причинам
- 207. характерны приступы тоски, угрюмости, злобы на окружающих
- 208. характерны тревожность, неуверенность, мнительность
- 209. ровный с незначительными колебаниями

Целеустремленность

- 210. самостоятельный выбор целей, методов, активность в их достижении
- 211. стремление поддерживать установленный порядок
- 212. предпочтительнее «плыть по течению», не ставя определенных целей
- 213. склонность к размышлению, анализу при невысокой внешней активности

Конфликтность

- 214. высокая, вспыльчивость, агрессивность, случаи «потери контроля» в гневе
- 215. средняя, проявляется в отдельных субъективно значимых случаях, контролируется
- 216. низкая, стремление избегать конфликтов

Отношение к обществу

- 217. ощущение своей значимости, пренебрежение интересами «стоящих на пути»
- 218. стремление быть как все, не отступать от общепринятых правил
- 219. высокая зависимость от мнения окружающих, боязнь критики, осуждения
- 220. обособленность, предпочтение «внутреннего» мира «внешнему»
- 221. желание производить впечатление, заинтересованность в оценке окружающих

149

Предпочтительная деятельность

222. выполнение привычной знакомой работы, затруднена адаптация к новым условиям
 223. поиск нового, совершенствование, тяготение рутинной, повседневною
 224. стремление избегать любой деятельности, не приносящей непосредственного удовольствия

Внешняя привлекательность

225. грубые, бросающиеся в глаза дефекты (хромота, косоглазие, обезображивающие рубцы, и т. д.
 226. наличие дефектов внешнего облика, выявляемых не с первого взгляда, при более тесном и длительном контакте
 227. невыразительность, заурядность внешнего облика при отсутствии четких дефектов
 228. привлекательность внешнего облика и поведения
 229. редкая («классическая») красота, бросающаяся в глаза

V. СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

230. Проживание в данной местности (лет)

Миграция

231. не мигрировал
 232. причина миграции

Продолжение обучения после окончания средней школы

233. нет
 234. среднеспециальное учебное заведение
 235. вуз

Полученное образование (на момент обследования)

236. неполное среднее (сколько классов закончено)
 237. среднее общее
 238. среднее специальное
 239. незаконченное высшее
 240. высшее

Причины отчисления из учебного заведения

241. не отчислялся
 242. неудовлетворенность обучением
 243. перемена места жительства
 244. болезнь (соматическая)
 245. неспособность
 246. употребление психоактивных веществ
 247. другое
 248. Начало трудовой деятельности (возраст, лет)

Профессиональный статус в настоящее время

249. не определяется
 250. учащаяся
 251. студентка
 252. неквалифицированный рабочий
 253. квалифицированный рабочий
 254. работник сельского хозяйства
 255. работник сферы бытового обслуживания
 256. сотрудница административно-управленческого аппарата
 257. работник коммерческих структур
 258. работник бюджетной сферы (врач, учитель, др.)
 259. лицо свободной профессии
 260. другое

Соответствие профессионального статуса полученной специальности

261. соответствует
 262. не соответствует
 Отношение к избранной специальности в настоящее время
 263. удовлетворение
 264. равнодушие
 265. неудовлетворенность
 Преобладающие интересы в свободное от работы время (на момент обследования)
 266. нет выраженных интересов
 267. учеба, работа, трудовая деятельность
 268. хобби (какое)
 269. домашнее хозяйство, воспитание детей, садовый участок
 270. другое
 Взаимоотношения с товарищами по работе
 271. доброжелательные
 272. формальные
 273. конфликтные
 274. отчужденность
 Количество смен места работы
 275. однократно
 276. дважды
 277. три раза и более
 Причины смены места работы
 278. не было
 279. неудовлетворенность работой
 280. неудовлетворенность зарплатой
 281. неудовлетворенность отношениями в коллективе
 282. употребление психоактивных веществ
 283. другое

VI. СЕМЕЙНО-БЫТОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ*Семейное положение*

284. замужем
 285. разведена
 286. незарегистрированный брак
 287. не замужем

Количество браков

288. 0
 289. 1
 290. 2
 291. 3 и более

*Возраст вступления в первый брак (лет)**Число официально зарегистрированных браков*

292.
 293. не вступала
 294. до 18 лет
 295. 18-19 лет
 296. после 20 лет

Основные причины разводов

297. не было
 298. связанные с употреблением психоактивных веществ
 299. не связанные с употреблением психоактивных веществ

ГЕНЕРАТИВНАЯ ФУНКЦИЯ

Количество беременностей

- 300. 0
- 301. 1
- 302. 2
- 303. 3 и более

Количество аборт

- 304. медицинских
- 305. самопроизвольных
- 306. внебольничных

Количество детей

- 307. 0
- 308. 1
- 309. 2
- 310. 3 и более

Отношения в семье обследуемого (ой)

- 311. нет семьи
- 312. гармоничные
- 313. равнодушные
- 314. конфликтные

Причины плохих отношений

- 315. употребление психоактивных веществ
- 316. другие

Отношения супруга к употреблению ПАВ обследуемой

- 317. нет супруга
- 318. активное противодействие
- 319. неодобрительное
- 320. индифферентное
- 321. вовлечение в алкоголизацию

Жилищные условия

- 322. место в общежитии
- 323. комната в общежитии
- 324. комната в коммунальной квартире
- 325. отдельная квартира без удобств
- 326. отдельная квартира с удобствами
- 327. собственный дом
- 328. проживание с родителями

VII. НАЧАЛО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ ОБСЛЕДУЕМЫМ

329. Возраст первой пробы ПАВ (лет)

Компания при первом употреблении ПАВ

- 330. приятели по месту жительства
- 331. приятели по месту учебы
- 332. приятели по месту работы
- 333. приятели по кружку, секции
- 334. родственники
- 335. случайные знакомые
- 336. в одиночестве

Мотивация первого употребления ПАВ

- 337. испытать новые ощущения
- 338. получить удовольствие
- 339. «отключиться» от проблем
- 340. устранить проблемы в общении
- 341. произвести впечатление
- 342. под уговорами, как все
- 343. назло взрослым
- 344. подражая старшим или пользующимся авторитетом товарищам
- 345. от скуки
- 346. от неумения по-другому распорядиться имеющимися деньгами
- 347. другое

Характер первого опьянения

- 348. без опьяняющего эффекта
- 349. эйфория
- 350. дисфория
- 351. дурашливость
- 352. страх смерти
- 353. сонливость
- 354. головная боль
- 355. тошнота
- 356. рвота
- 357. нарушения координации
- 358. нарушения равновесия при ходьбе

Постинтоксикационные проявления

- 359. да
- 360. нет

VIII. СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ И РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ

361. Возраст начала систематического употребления ПАВ (лет)

Продолжительность систематического употребления ПАВ

- 362. от 1 до 3 лет
- 363. от 3 до 5 лет
- 364. от 5 до 10 лет
- 365. более 10 лет

Изменение социального статуса на данном этапе

- 366. не было
- 367. прекращение учебы
- 368. смена места работы на равнозначное
- 369. смена места работы с повышением статуса
- 370. смена места работы с понижением статуса

Изменения семейного статуса на данном этапе

- 371. не было
- 372. отделение от родителей
- 373. вступление в брак
- 374. расторжение брака
- 375. другое
- 376. возраст потери количественного контроля в опьянении
- 377. возраст манифестации амнестических форм опьянения

Виды амнестических форм опьянения к настоящему времени

378. палимпсесты
379. финальные амнезии периода опьянения
380. тотальные амнезии периода опьянения

Действие ПАВ

381. седативное
382. стимулирующее
383. тонизирующее

Характер первичного патологического влечения к ПАВ

384. ситуационно-обусловленное
385. с борьбой мотивов
386. без борьбы мотивов
387. с характером неодолимости

Картина опьянения

388. не трансформировалась
389. укорочение периода эйфории, раздражительность
390. эксплозивно-дисфорическая
391. эмоциональная лабильность
392. депрессивная картина
393. истерическая картина
394. с параноидной настроенностью
395. с сонливостью
396. другая

Поведение в состоянии опьянения

397. асоциальное, агрессивное
398. аутоагрессивное
399. упорядоченное

Толерантность к ПАВ на момент исследования

400. соответствует начальной
401. трехкратное повышение
402. повышение в 3-5 раз
403. повышение более пятикратного
404. периодическая интолерантность

Динамика толерантности (возраст)

405. рост
406. плато
407. снижение

Предпочитаемые спиртные напитки, психоактивные вещества

408. вино
409. пиво
410. водка
411. коньяк
412. домашние суррогаты
413. другие суррогаты
414. без предпочтения
415. Возраст формирования синдрома отмены (лет)

Характер проявлений синдрома отмены (возраст)

416. с вегетативно-астеническими расстройствами
417. с соматовегетативными и неврологическими расстройствами
418. с abortивными психотическими расстройствами
419. развернутый АС

СИМПТОМАТИКА СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Симптом	Дни									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Соматовегетативные проявления										
Астения										
Гипертензия										
Гипотензия										
Тахикардия										
Кардиалгия										
Цефалгия										
Тяжесть в голове										
Гипергидроз										
Бледность кожи										
Гиперемия кожи										
Инъекция склер										
Субфебрилитет										
Сухость слизистых										
Жажда										
Анорексия										
Тошнота										
Рвота										
Диарея										
Боли в животе										
Тремор кистей										
Тремор общий										
Парестезии										
Аффективные проявления										
Дистимико-дисфорический аффект										
Астения										
Апатия, адинамия										
Напряженность										
Депрессивная симптоматика										
Ощущение «внутренней дрожи»										
Тревога										
Компульсивное влечение										
Обсессивное влечение										
Психомоторное возбуждение										
Расстройства восприятия										
Слуховые										
Зрительные										
Тактильные										
Обонятельные										
Вкусовые										
Диссомнические расстройства										
Нарушения засыпания										
Раннее пробуждение										
Полная агрипния										
Устрашающие сновидения										
Алкогольная тематика сновидений										
Отсутствие чувства сна										

Форма пьянства

- 420. однодневные эксцессы
- 421. псевдозапой
- 422. ежедневное на фоне высокой толерантности
- 423. ежедневное на фоне низкой толерантности
- 424. перемежающееся

Продолжительность синдрома отмены к настоящему времени

- 425. 1-2 суток
- 426. 3-4 суток
- 427. 5-7 суток
- 428. 8-10 суток

Психотические проявления в анамнезе (возраст)

- 429. нет
- 430. алкогольный делирий
- 431. алкогольный галлюциноз
- 432. алкогольный параноид
- 433. алкогольная энцефалопатия
- 434. другие проявления

Критика к своему состоянию

- 435. анозогнозия
- 436. формальная
- 437. полная, со стремлением к отказу от алкоголя

Критика к алкогольно-обусловленным проблемам

- 438. нет
- 439. осознание ущерба здоровью
- 440. осознание ущерба семейным взаимоотношениям
- 441. осознание ущерба работоспособности
- 442. осознание ущерба социальному положению
- 443. полная критика

IX. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ БОЛЕЗНИ

Заострение преморбидных черт личности

- 444. отсутствует
- 445. гипертимного типа
- 446. циклоидного типа
- 447. эмоционально лабильного типа
- 448. тревожного типа
- 449. психастенического типа
- 450. шизоидного типа
- 451. эксплозивного типа
- 452. истероидного типа
- 453. неустойчивого типа
- 454. конформного типа
- 455. смешанного типа
- 456. органические аффективные расстройства
- 457. органическое тревожное расстройство
- 458. органическое астеническое расстройство
- 459. легкое когнитивное расстройство
- 460. органическое расстройство личности

Состояния с интеллектуальной недостаточностью

- 461. нет
- 462. психоорганический синдром, астенический вариант
- 463. психоорганический синдром, эксплозивный вариант
- 464. психоорганический синдром, эйфорический вариант
- 465. психоорганический синдром, апатический вариант

X. ОСЛОЖНЕНИЯ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сопутствующая соматическая патология

- 466. заболевания ЖКТ
- 467. сердечно-сосудистые заболевания
- 468. заболевания мочеполовой системы
- 469. бронхолегочная патология
- 470. дерматологические заболевания
- 471. эндокринная патология
- 472. венерические заболевания
- 473. опухоли

Черепно-мозговые травмы в анамнезе

- 474. нет
- 475. легкие ЧМТ без потери сознания
- 476. ЧМТ с кратковременной потерей сознания

Патология нервной системы

- 477. нет
- 478. токсическая (алкогольная) энцефалопатия
- 479. церебральные цереброваскулярные синдромы
- 480. отдаленные последствия ЧМТ с сотрясением головного мозга
- 481. церебральный атеросклероз
- 482. нейроинфекция (энцефалит, менингоэнцефалит)
- 483. невриты, полиневриты
- 484. судорожные синдромы
- 485. токсическая полинейропатия
- 486. врожденные заболевания

Наличие гинекологических заболеваний на момент обследования

- 487. нет
- 488. да

XI. ЛЕЧЕНИЕ, РЕМИССИИ, РЕЦИДИВЫ (ПО ДАННЫМ КАТАМНЕЗА)

Лечилась ранее

- 489. нет
- 490. однократно по поводу купирования синдрома отмены
- 491. дважды по поводу купирования синдрома отмены
- 492. три и более раз по поводу купирования синдрома отмены
- 493. в связи с интоксикационным психозом

Нарушение режима в период лечения

- 494. нет
- 495. алкоголизация
- 496. агрессивное поведение
- 497. самовольный уход из стационара

Вид терапии	
498.	имплантация эсперала с установочным сроком действия (лет)
499.	плацебо с установочным сроком действия (лет)
500.	сенситизирующая к алкоголю: дисульфирам (тетурам, эспераль), лидевин (дисульфирам+никотинамид и аденин), цитрат-карбамид кальция (темпозил, колме), метронидазол (трихопол, флагил), фуразолидон; метаболическая (акампрозат)
501.	другая
Психофармакотерапия	
502.	транквилизаторы
503.	антидепрессанты
504.	нейролептики
505.	антиконвульсанты
506.	ноотропы
507.	препараты специфического медиаторного действия
Медикаментозная коррекция соматических нарушений	
508.	кардиотоники
509.	антиангинальные
510.	гепатопротекторы
511.	желчегонные
512.	ангиопротекторы
513.	антиоксиданты
514.	антигистаминные
515.	витамины
516.	антибиотики
517.	другое
Психотерапия	
518.	релаксационная терапия
519.	индивидуальная ароматерапия
520.	другая
Физиотерапия	
521.	электросон
522.	микроволновая резонансная терапия
523.	массаж
524.	лечебная физкультура
525.	другое
Срыв после проведенной терапии	
526.	через 1 месяц и менее
527.	через 3 месяца
528.	через 6 месяцев
529.	через 9 месяцев
530.	через 12 месяцев
531.	через 18 месяцев и более
Количество медикаментозных ремиссий	
532.	0
533.	1
534.	2
535.	3 и более
Количество спонтанных ремиссий	
536.	нет
537.	да (сколько)

Субъективная оценка самочувствия в период становления ремиссии (до 6 месяцев)	
538.	некомфортное, конфликтность, влечение к алкоголю, трудности структурирования времени
539.	комфортное, легкая адаптация к трезвости, нет затруднений в структурировании времени
Длительность максимальной терапевтической ремиссии	
540.	до 3 месяцев
541.	3-6 месяцев
542.	6-12 месяцев
543.	12-18 месяцев
544.	18-24 месяцев
545.	24 и более месяцев
Длительность максимальной спонтанной ремиссии в месяцах	
546.	до 3 месяцев
547.	3-6 месяцев
548.	6-12 месяцев
549.	12-18 месяцев
550.	18-24 месяцев
551.	24 и более месяцев
Изменение социального статуса в период ремиссии	
552.	не было
553.	прекращение учебы
554.	повышение профессионального статуса
555.	смена места работы на равнозначное
556.	смена места работы с повышением статуса
557.	смена места работы с понижением статуса
Изменения семейного статуса в период ремиссии	
558.	не было
559.	отделение от родителей
560.	нормализация семейных взаимоотношений
561.	вступление в брак
562.	расторжение брака
563.	другое
564.	Квантификация первичного патологического влечения в период ремиссии, баллы

Компо- нент ПАВ	Сим- птома- тика	Симптом		До- тера- пии	По- сле- тера- пии
Аффективный	Депрес- сивная	Пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость			
		Необщительность, медлительность, фиксация на жизненных невзгодах			
		Подавленность, жалобы на нежелание чем-либо заниматься			
	Тревож- ная	Озабоченность по различным конкретным поводам			
		Мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего			
	Дисфо- риче- ская	Напряжённое ожидание надвигающегося срыва, ощущение беспомощности, неусидчивость, назойливость			
Недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение					
Раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувст- во угнетённости					
Напряженность, взрывчатость, агрессивность					
Нейровегетативный	Неустойчивость АД				
	Тахикардия				
	Гипергидроз				
	Гиперакузия				
	Парестезии				
	Мимические реакции в связи с разговорами об алкоголе (оживление ми- мики, жестикуляции, появление блеска в глазах)				
	Изменения аппетита	Неустойчивость аппетита			
		Стойкое снижение аппетита			
		Анорексия			
Идеа- торный	Эпизодически возникающие мысли о спиртном				
	Частое возвращение к мыслям о спиртном				
	Постоянные размышления о спиртном				
Диссомниче- ский	Трудности засыпания				
	Сон с частыми пробуждениями				
	«Наркофильные» сновидения				
	«Наркофобные» сновидения				
	Агрия (полное отсутствие сна)				
Поведенческий	Смакование алкогольной тематики в беседах, гиперактивность в попыт- ках отвлечься от этих мыслей				
	Рассеянность, медленное осмысление вопросов, воспоминания				
	Психомоторное возбуждение, суетливость, поисковое поведение				
	Изменение круга общения – предпочтение больных, не настроенных на отказ от ПАВ, враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость				
	Жалобы на тягу к ПАВ, эксперименты с другими веществами				
	Сумма баллов итого				
Выраженность признака		0 – отсутствует	1 – слабо выражен	2 – умеренно выражен	3 – сильно выражен

Факторы, способствующие становлению ремиссии

565. посттерапевтическая ремиссия

566. вступление в брак

567. ухудшение здоровья

568. ситуационные

Поведение в стрессовых ситуациях в период ремиссии

569. выраженное влечение к алкоголю, мысли об устранении им дискомфорта

570. поведение направлено на совладание с ситуацией

Психосоциальные стрессы, способствующие актуализации влечения к ПАВ

571. нет сведений

572. смерть родителей

573. тяжелая болезнь родных, близких

574. судебно-следственные ситуации

575. измена супруга

576. разрыв интимных отношений

577. конфликтная ситуация на учёбе (работе)

578. факты агрессии, насилия

579. другое (уточнить)

Причина последнего рецидива

580. появление «сухой» абстиненции

581. стрессовая ситуация

582. аффективные расстройства

583. влечение к алкоголю (ситуационное, навязчивое, компульсивное)

584. уверенность, что может пить «как все»

585. ревизия эффективности лечения

586. случайное употребление алкоголя

587. другое

Мотивы прекращения употребления ПАВ

588. выраженное ухудшение соматического здоровья

589. конфликты по месту работы

590. конфликты в семье

591. госпитализация в порядке скорой помощи из-за психотических проявлений

592. осознание болезни и необходимости лечения

593. снижение работоспособности

Установки на лечение

594. отрицательные

595. лечится под давлением окружающих

596. допускает возможность пить «как все»

597. намерена прекратить употребление ПАВ на определенный срок

598. намерена совершенно прекратить употребление ПАВ

Отношение к лечению

599. рассчитывает на кратковременное пребывание в стационаре

600. не лимитирует сроки лечения

Терапия на момент обследования

Дополнительные сведения

Приложение 2

Клинический пример № 1. Больная Г. М., 1976 г. р. (34 года), жительница села Каргасок, работает юристом в сельской администрации, поступила в отделение аддиктивных состояний клиник НИИ ПЗ 14 марта 2011 г. с диагнозом: Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя. Синдром зависимости, в настоящее время воздержание, но на лечении блокирующими средствами, вторая стадия, прогрессивное течение (F10.232).

Осложнение основного заболевания: хронический алкогольный гепатит, токсическая нефропатия. Сопутствующий: Аллергический дерматит.

Жалобы при поступлении: нарушение сна (затруднено засыпание, тревожные сновидения), отсутствие чувства отдыха наутро, слабость в течение дня, сниженное настроение, плаксивость по малейшим поводам.

Анамнез (субъективный и со слов родственников). Отец, 57 лет, по характеру суровый, требовательный, трудолюбивый. 35 лет проработал водителем на местной станции скорой помощи, в настоящее время на пенсии, но продолжает работать сторожем в этой же организации. Злоупотребляет алкоголем. Со слов пациентки, «выпивает каждый день после работы», неоднократно находясь в состоянии алкогольного опьянения, избивал мать на глазах пациентки; за наркологической помощью не обращался. Соматически здоров. Мать, 56 лет, эмоциональная, мягкая, податливая, «во всем подстраивается под отца». Работала бухгалтером, начальником внебюджетного фонда, руководителем представительства кредитной организации, в настоящее время на пенсии. В течение последних 2 лет страдает паркинсонизмом. Алкоголем не злоупотребляет. Беременность и роды у матери протекали физиологически, пациентка является старшим ребенком в семье, имеет младшую сестру 26 лет, по характеру мягкая, целеустремленная. Замужем, имеет дочь 2 лет. Работает преподавателем экономики в ТГУ. Алкоголем не злоупотребляет.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Была общительной «живой девочкой», но несколько плаксивой. Детский сад посещала без особого желания, так как часто плакала, когда наступало время дневного сна («не хотела спать, из-за чего меня постоянно ставили в угол»); тяжело адаптировалась к новому детскому саду, когда родители поменяли место жительства («очень скучала по прежнему месту»). Детские инфекции перенесла без осложнений. В дошкольном возрасте часто беспокоили головные боли, неоднократно теряла сознание («из-за длительного пребывания на солнце, солнечных ударов»).

В школу пошла в 6 лет. Училась хорошо, но не всегда прилежно готовила домашнее задание. Любимыми предметами были математика и геометрия. Всячески старалась избегать занятия физкультурой («не интересно, все упражнения какие-то однообразные, да и отношения с преподавателем не сложились»), но с большим удовольствием занималась в танцевальном кружке, шейпингом. «Боялась» отвечать у доски, хотя и «очень» хотелось. С одноклассниками поддерживала нейтральные отношения. В школьные годы увлекалась вязанием, шитьем, занималась в хоре.

В 10-м классе перешла в новую школу, так как, со слов пациентки, «жила далеко от школы, подруга предложила перейти в ее школу, вот я и перешла», долгое время не могла адаптироваться к новому коллективу («постоянно вспоминала старых учителей, одноклассников»). В 10-м классе попала в «дурную компанию» («эта моя подруга меня в нее привела»), где впервые попробовала алкоголь, начала курить, периодически прогуливала уроки, ходила по дискотекам («Благо, что учителя мне на все открыли глаза и вытащили меня оттуда»).

Менструации с 12 лет, установились не сразу, безболезненные, необильные.

После школы закончила 4 курса Томского экономико-юридического института, получила диплом бакалавра, по профессии юрист, вернулась в с. Каргасок и начала трудовую деятельность по выбранной специальности в районной администрации, где проработала в течение 11 лет, заочно окончив юридический факультет ТГУ. В 2009 г. перевелась на новое место работы – в сельскую администрацию Каргаска, потому что «там больше платят, у меня отдельный кабинет, служебная машина». Со слов родственников, из районной администрации была уволена за неоднократное нахождение на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения или «с запахом перегара и в нерабочем состоянии». На последнем месте работы также возникла угроза увольнения, в связи с чем по настоянию начальства вынуждена была обратиться за наркологической помощью в НИИ ПЗ.

Первое знакомство с алкоголем произошло в 16 лет в компании друзей (испытала выраженное алкогольное опьянение, была рвота, общий дискомфорт, наутро беспокоили головная боль, вялость, тошнота). С 18 лет начала периодически выпивать («по праздникам, перед дискотеками»). Замуж вышла в 21 год. В этом же возрасте родила первую дочь (кесарево сечение). Супруг отличается жестким, вспыльчивым характером, в течение всего времени совместного проживания злоупотребляет алкоголем, в связи с чем в 2002 г. проходил лечение в НИИ ПЗ по поводу алкогольной зависимости. Со слов пациентки, «пьет каждый день, после работы, постоянно находит какой-то повод, любит рыбалку, много времени проводит в гараже»; работает водителем в местной администрации, неоднократно, находясь в состоянии алкогольного опьянения, избивал пациентку. С 23 лет в связи с тем, что в семье начались проблемы с мужем, стала злоупотреблять алкоголем, «чтобы отвлечься от семейных проблем и расслабиться». Прием спиртного старалась скрывать, пила одна («но муж все равно понимал, что я выпившая, а если еще и пустую бутылку найдет, так тут же бежит и всем об этом говорит, он всегда старался меня во всем унижить, оскорбить, тем самым хотел показать себя с лучшей стороны, еще и детей против меня настраивает»). С этого же времени стала отмечать амнестические формы опьянения. В 24 года брак распался, так как пациентка узнала, что муж ей изменил («предал меня на первом же году совместной жизни»). Стала встречаться с другими мужчинами («пробовала построить свое женское счастье, но происходили лишь одни расстройства, никто достойный не встретился»). Но бывший муж «не давал покоя», ревновал, практически ежедневно приходил к ней домой, находясь в состоянии алкогольного опьянения, устраивал скандалы («Ну а как? Придет пьяный, поскалдит, ну не выгони же я его на улицу, жалко как-то становилось, верила в то, что он может исправиться,

начать новую жизнь»). После очередного избиения в 2006 г. получила ЧТМ с потерей сознания, проходила стационарное лечение. В 2006 г. повторно зарегистрировали отношения, родилась вторая дочь (кесарево сечение).

В 2007 г. случился пожар, во время трагического события сгорел дом и все приусадебные постройки («сами чудом живы остались, ночью разбудил лай собаки»), пациентка испытала большой стресс, вследствие чего снизилось настроение, в течение дня беспокоили слабость, головные боли. С этого времени пьет практически ежедневно («все началось после пожара, вот поэтому вечером после работы, чтобы отвлечься от проблем, куплю себе 1,5 литра пива, выпью и как-то легче на душе становилось, ну а в выходные могла с подругами выпить и побольше»), с короткими светлыми промежутками в среднем 1-2 дня (до 7 дней максимально) («помню, мы как-то решили с ним больше не пить, я продержалась неделю, а он так все время и пил»). Толерантность доходит до 3 литров пива, сформировался умеренно выраженный абстинентный синдром с соматовегетативными проявлениями (в состоянии абстиненции беспокоили головная боль, слабость, возникала тревога на душе, в таком состоянии не могла качественно выполнять профессиональные обязанности – «сйду на процесс и вдруг какая-то паника, тревога на душе возникает, появляется ощущение, что сейчас сердце остановится, или сознание потерю, приходилось даже останавливать процесс»). В связи с этим с целью облегчения состояния и предотвращения подобных приступов принимала корвалол (до 2 пузырьков в сутки), настойку валерианы (до 6 пузырьков в сутки), но настроение оставалось сниженным, беспокоили слабость в течение дня, головные боли.

По совету родных обратилась в клиники НИИПЗ, была диагностирована «Кратковременная депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации» личности с алкогольной зависимостью (F43.20). Применялись следующие препараты: карбамазепин, лудимил, модитен-депо, циклодол, ноотропил, витамины В₁ и В₆, алоэ. Выписалась из отделения с улучшением. После пожара в течение 2 лет проживали с родителями супруга, муж продолжал алкоголизироваться, морально, а иногда и физически унижать пациентку. Чтобы отвлечься от проблем, расслабиться, набраться смелости и высказать ему свои обиды, употребляла спиртное до 1,5 литров пива каждый вечер, пила в одиночестве.

В мае 2009 г. по настоянию родных впервые обратилась за наркологической помощью в Областной наркологический диспансер, «проводилось кодирование», с установочным сроком воздержания от употребления алкоголя сроком на 1 год, воздерживалась от спиртного в течение 3 месяцев («после очередного скандала с мужем выпила немного пустырника, чтобы расслабиться, реакции никакой не было. Через 2 недели вновь стала употреблять спиртное практически ежедневно»). В 2010 г. «не выдержав унижений мужа, ушла от него с детьми на съемную квартиру («но он и тут мне нервы мотает, приходит, звонит, настраивает детей против меня»).

В августе 2010 г. по настоянию родных повторно обратилась за наркологической помощью в Областной наркологический диспансер, «проводилось кодирование», с установочным сроком воздержания от употребления алкоголя сроком на 1 год, светлый промежуток составил 4 месяца, причину срыва объясняет так: «приехали наши поставщики по работе, дело перед новым годом,

вот и не смогла им отказать». Пьянство сразу же приобрело псевдозапойный характер, до 4 дней подряд, выросла толерантность до 4000 мл пива, пьет до состояния выраженного алкогольного опьянения, со светлыми промежутками до 5 дней максимально. С целью облегчения состояния абстиненции по утрам принимает настойку валерианы, пустырника (до 4 пузырьков). В настоящее время после очередного запоя, который длился в течение 4 дней, по настоянию родных и в связи с возникшей угрозой увольнения в сопровождении дяди по линии мужа обратилась в отделение аддиктивных состояний, была госпитализирована.

Психический статус при поступлении. Входит по приглашению, неторопливой походкой, оглядываясь по сторонам, повторно спросив разрешение войти, неуверенно садится на предложенный стул, сидит, ссутулившись на краю стула. Сознание ясное, ориентирована полностью. Выглядит несколько старше паспортного возраста. Внешне неопрятна (одета в яркий спортивный костюм, волосы взлохмачены, умеренно пользуется декоративной косметикой). В беседу вступает, но к разговору активно не стремится, отвечает кратко, после некоторой паузы, неоткровенно, при повторных беседах на одну и ту же тему сообщает противоречивые сведения. Выражение лица страдальческое. В ходе беседы держится напряженно, сидит в однообразной позе, голова опущена вниз, в глаза собеседнику практически не смотрит, безынициативна, стремится скорее закончить беседу. Речь несколько замедлена по темпу, голос модулированный, мимика и жестикация бедные. Фон настроения снижен, тяготеет к пребыванию в отделении, активно интересуется сроками госпитализации. Излагая анамнестические сведения, затрудняется в воспроизведении дат событий, путается в их хронологии. Эмоционально лабильна (в беседе на личностно значимые темы плачет). В жалобах делает акцент на нарушение сна (затруднено засыпание, тревожные сновидения), отсутствие чувства отдыха наутро, слабость в течение дня, сниженное настроение, плаксивость по малейшим поводам. Суицидальные мысли отрицает. Критика к заболеванию снижена, избегает беседы на тему алкоголизации, преуменьшает масштабы пьянства, стремится представить себя в более выгодном свете, неоднократно поднимала вопрос об анонимности лечения. Декларирует установку на дальнейшее длительное воздержание от употребления алкоголя, настроена на проведение «противоалкогольного кодирования», советует на какой срок лучше это сделать.

Статус квалифицируется астеносубдепрессивным синдромом, с агрипническим компонентом в рамках алкогольного абстинентного синдрома.

Обследование ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови – без особенностей.

ЭКГ: синдром ранней реполяризации желудочков.

Консультация невролога: синдром вегетативной дисфункции.

Консультация терапевта: хронический алкогольный гепатит, фаза низкой активности. Токсическая нефропатия. Аллергический дерматит.

Консультация окулиста: ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синдром ранней реполяризации желудочков.

УЗИ внутренних органов: гепатомегалия; диффузные изменения паренхимы печени.

Заключение психолога. В беседе недостаточно откровенна, путает даты, события жизни. Говорит тихим голосом, нечетко, съедает окончания, иногда невнятно. Уклончива, стремится выглядеть в лучшем свете, уходит от прямого ответа в рассуждательство. Старательно избегает обсуждения темы алкогольной зависимости. Работает неровно. Не всегда следует инструкции, уточняет их. Прерывает работу по собственной инициативе, нуждается в контроле, дополнительной стимуляции, одобрении.

Самооценка крайне неустойчива, наряду с высоким уровнем притязаний присутствует неуверенность в себе, которая легко переходит в другую крайность в ситуации признания и успеха в глазах окружающих.

Критика к заболеванию формальная, недостаточно сформулирована, неустойчивая (признает у себя наличие проблем, связанных с неконтролируемым приемом алкоголя, однако ответственность за алкоголизацию перекладывает на обстоятельства или ближайшее окружение). При обсуждении проблемы алкоголизации уходит от ответа, переводит разговор на другую тему (лживость, намеренность, создание впечатления как способ адаптации), оценка себя и заболевания, в конечном счете, переводится на обсуждение поведения мужа – в связи с этим обстоятельством оправдывается собственное поведение – «Я это сделала, потому что он...». При этом тестирование выявляет наличие психологической алкогольной зависимости, сформированную похмельную мотивацию, ведущие личностные мотивы потребления алкоголя.

Познавательная сфера. Кратковременная память в пределах невысокой нормы 5, 6, 7, 8, 9 слов, через 1 час 7 слов, через сутки 6 слов. Долговременная память снижена – по зрительным опорам пиктограммы не воспроизвела ни одного слова. Внимание неустойчиво, при отыскивании цифр по таблицам Шульте 41 секунда, 46, 23, 43, 21 секунда. Мышление с неустойчивым уровнем обобщения, наряду с высоким обобщением, тенденция к конкретному обобщению. Уровень абстрагирования снижен, образы пиктограммы конкретные, рисунки многопредметны, обстоятельны, отражают наличие тревожности, неуверенность – изображение нечеткое, слабо прописанное.

Оценка состояния по СМИЛ выявила патологический (выше 70 Т-баллов) подъем по шкалам ригидности и активности, что свидетельствует о реакции на ситуацию напряжения в отношениях с мужем, упрямстве, агрессивном настроении в сочетании с неустойчивостью эмоционального фона, активностью, эгоцентричностью, эмоциональной незрелостью, лживостью, склонностью к ревности, переоценкой своих возможностей, ненадежностью моральных установок. Установление особенностей эмоционального состояния с помощью невербального (цветового теста) показало активность в сочетании с неустойчивостью эмоционального состояния, тенденция к самореализации – с изменчивостью установок и непоследовательностью, высокий уровень притязаний с неустойчивостью мотивационной направленности, своеволием, повышенным чувством авторитарности.

Таким образом, выявлено наличие выраженной психологической алкогольной зависимости, неустойчивость самооценки, недостаточная критичность к личности и заболеванию, эмоциональная незрелость, эгоцентричность, нарушение взаимоотношений, нестойкие, малоструктурированные мотивы на трезвость.

Психолог-сексолог: половое самосознание правильное. Психосексуальная ориентация – гетеросексуальная, психосексуальное развитие – своевременное. Уровень половой активности соответствует сильной половой конституции. Выявлена социокультуральная форма сексуальной дезадаптации, выражающаяся невысоким уровнем общей культуры, примитивно-биологическим восприятием любви (как реализация сексуальной потребности), деформация этических норм, неправильное представление о типах взаимоотношения мужчины и женщины, что в значительной степени определяет алкогольная зависимость, коммуникативная форма сексуальной дезадаптации. Конституциональная форма дезадаптации, обусловленная несоответствием типов половой конституции супругов.

План терапии и реабилитации. Дезинтоксикационная терапия (физиологический раствор, сернокислая магнезия, реланиум). С целью восстановления сна применялся дроперидол 2 мл в/м на ночь, для тимолептического действия назначался нозепам 25 мг/сут, карбамазепин 500 мг/сут, назначалась сенсibilизирующая к алкоголю терапия (эспераль 500 мг/сут).

Астеническое состояние служило показанием для назначения нейрометаболической терапии. Назначались ноотропы: пирацетам 5 мл в/м № 10 в сочетании с аминокислотами (глицин 400 мг), гепатопротекторами (карсил), антигистаминами (супрастин), витаминами группы В (В₁ и В₆ в/м).

Проведена рациональная, разъяснительная психотерапия с последующей эмоционально-стрессовой чреспредметной психотерапией с формированием установочного срока воздержания от употребления алкоголя сроком на 1,5 года.

Курс МРТ терапии включал в себя купирование проявлений алкогольного абстинентного синдрома и лечение сопутствующей соматической патологии. Так же с целью купирования патологического влечения к алкоголю вне состояния алкогольного абстинентного синдрома проводился десятидневный курс терапии с использованием комплекса аудиовизуально-вибротактильной стимуляции «SENSORIUM» (ABBC) с креслом «нулевой гравитации».

В результате лечения восстановился сон, редуцировались астеническая симптоматика, влечение к алкоголю, улучшилось настроение (в ходе бесед улыбается, стала эмоционально сдержана, строит оптимистичные планы на будущее). Настроена на длительное воздержание от употребления алкоголя.

Катамнез: на прием обратилась спустя 3 месяца после выписки по настоянию матери в связи с появлением раздражительности, придирчивости, повышенной плаксивости, быстрой утомляемостью, расстройств сна. Сама пациентка связывает появления данных расстройств с повышением нагрузки на работе и вновь появившимися напряженными отношениями с супругом. Влечение к алкоголю не осознает. Из опроса выяснилось, что рекомендованную поддерживающую терапию карбамазепином не принимала, так как, со слов пациентки, чувствовала себя хорошо и не видела в ней необходимости.

При анализе анамнестических данных пациентки выявляется наследственная отягощенность злоупотреблением алкоголем со стороны отца, поведение которого в состоянии алкогольного опьянения часто носило девиантный характер. Воспитание пациентки проходило в дисгармоничных условиях (постоянное пьянство отца и частые конфликты между родителями на этом фоне).

В преморбиде ей были присущи тормозимые черты, трудности в установлении неформальных отношений, привязанность и зависимость от значимых близких, затрудненная адаптация к новым условиям. Первая проба алкоголя в 16 лет, систематическое пьянство с 23 лет. Значимым фактором, сдерживающим алкоголизацию, для пациентки был социальный статус и материальное благополучие. Обида на неудачу в жизни (жестокое обращение супруга по отношению к ней, постоянные конфликты, неудовлетворенность внутрисемейной обстановкой) купировалась атарактическим действием алкоголя, употребление которого постепенно учащалось и привело к формированию физической зависимости. Формирование синдрома отмены алкоголя произошло к 30 годам. Психотравмирующая ситуация, произошедшая в 31 год, дезадаптировала ее приспособительные возможности, в связи с чем ускорилось развитие алкогольной зависимости. В 33 года произошло снижение социального статуса на фоне пьянства (была переведена на менее престижную должность) и первичное обращение за наркологической помощью. Посттерапевтические ремиссии носили непродолжительный характер (4 месяца максимально), что указывает на сниженную критику к заболеванию и персистирующий характер патологического влечения к алкоголю, легкость его актуализации в условиях, не имеющих объективных провоцирующих факторов. Обращение за наркологической помощью было обусловлено возникшей угрозой увольнения на фоне пьянства и неспособностью прекратить прием алкоголя самостоятельно из-за постоянного присутствия патологического влечения к алкоголю, удлинение псевдозапоев, утяжеление соматоневрологических проявлений синдрома отмены и, как следствие, снижение работоспособности пациентки.

Клинический пример № 2. Больная И. М., 49 лет.

Диагноз: Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя. Синдром зависимости, в настоящее время воздержание, но на лечении блокирующими средствами, вторая стадия (F10.232).

Осложнение основного заболевания: реактивный гепатит, в результате употребления алкоголя. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь II стадия, риск 3. Диффузные изменения щитовидной железы I – II степени.

Анамнез со стороны родственников психических заболеваний не обнаружено. Отец умер в 71 год от инфаркта миокарда, по характеру был требовательным к себе и окружающим, справедливо наказывал детей «за непослушание». Спиртные напитки употреблял «в меру». Матери 74 года, на пенсии, по характеру уравновешенная, ласковая. Страдает гипертонической болезнью.

Два младших брата здоровы, имеют семьи, детей, алкоголь употребляют редко и в небольших количествах. У сестры отмечается повышение АД.

Родилась вторым ребенком в семье, роды были срочными. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В дошкольном периоде перенесла корь, неоднократные ангины. Была спокойным, робким ребенком, но общения со сверстниками не избегала, охотно участвовала в играх, в которых в основном подчинялась другим. Как правило, была безынициативной, избегала конфликтов или старалась разрешить их мирным путем. Трудно переносила ситуации, когда становилась объектом насмешек или подвергалась несправедливым обвинениям.

В школу пошла с 7 лет, не испытывала трудности в учебе, особенно успевала по математике, физике. Недолго занималась в географическом кружке, других увлечений не было, в коллективе ничем не выделялась. Менструации с 14 лет установились сразу. Успешно окончила 10 классов. При поступлении в политехнический институт не прошла по конкурсу, работала год на заводе. Вторая попытка поступить в вуз также окончилась безуспешно, так как «не добрала» один балл. Тяжело переживала эту неудачу, плакала, оставшись одна. По совету отца окончил парикмахерские курсы, работал парикмахером.

Свободное время проводила с друзьями, иногда выпивала по праздникам от 200 до 300 граммов вина.

В 20 лет вышла замуж, по любви, от брака имеет сына, с теплотой относится к супругу и ребенку. Решила получить хотя бы среднее специальное образование, «чтобы не было стыдно перед сыном». Работу парикмахера сочетала с учёбой на вечернем отделении коммунально-строительного техникума. Часто уставала, так как времени для отдыха не хватало («работа, дом, учеба, все это отнимало немало сил»). Беспокоили головные боли, при измерениях артериального давления отмечались его повышения, на что пациентка не обращала внимание. Иногда приходилось работать сверхурочно («Муж в то время мало зарабатывал»). При очередном профосмотре определено АД 170/90 мм рт. ст., в связи с чем обследовалась в стационаре, где был поставлен диагноз: гипертоническая болезнь II стадия, риск 3.

По окончании техникума сменила работу, трудоустроилась мастером в строительной организации. Через несколько лет совместной жизни муж ушел к другой женщине. Очень тяжело переживала случившееся, так как эмоционально была привязана к супругу, но не предпринимала никаких действий, чтобы вернуть его в семью, потому что считала его поступок предательством. Одна воспитывала сына, вынуждена была много работать, чтобы обеспечивать семью. Фон настроения резко снизился, иногда появлялись суицидальные мысли, но попыток не предпринимала, не желая огорчить родителей. По совету приятелей стала чаще алкоголизироваться, от чего на некоторое время «успокаивалась душа, становилось легче, забывалась». Не заметила, как стала выпивать по 500-600 г водки в кругу друзей. В состоянии опьянения сетовала на «удар судьбы». Трезвой также жаловалась окружающим на потерю семьи.

В 30 лет алкоголизация приобрела систематический характер. Вскоре стало появляться желание принять алкоголь утром, когда испытывала потливость, жажду, дрожь. Через полтора года (31 год) пьянство приобрело псевдозапойный характер по 2-3 дня. Из-за частых алкоголизаций стала меньше уделять внимания ребенку, в связи с чем родители познакомили ее с «положительным» мужчиной, чтобы «не спилась совсем». Не алкоголизировалась некоторое время, часто вспоминала бывшего мужа. Через 3 месяца возобновились псевдозапой, которые удлинились до 5 дней. К 34 годам сформировался абстинентный синдром, проявляющийся разбитостью, головной болью, тремором рук, потливостью, расстройством сна. Самочувствие немного улучшалось после употребления 100-150 г водки. В нетрезвом состоянии ссорилась с сожителем, так как тот ругал ее за пьянство.

Толерантность выросла до 1000 г водки, стала больше денег тратить на приобретение спиртного, что вызывало недовольство сожителя, который настаивал на ее лечении по поводу алкоголизма, в противном случае он был настроен расстаться. Под давлением родителей впервые обратилась за наркологической помощью в 35 лет в наркологический диспансер. После лечения не пила 2 года, затем опять появились запои по 5-6 дней. В состоянии абстиненции беспокоили выраженная и продолжительная головная боль, сердцебиение, резкая потливость, дрожь во всем теле. Была обеспокоена состоянием здоровья, самостоятельно прекратила пьянство, спонтанная ремиссия длилась около года.

Возобновила пьянство во время отпуска, начала с пива, затем перешла на крепкие спиртные напитки. Запой по 6-7 дней с промежутками 2-3 недели. После очередного запоя обратилась в психиатрическую больницу, где была сделана инъекция противоалкогольного препарата с установочным сроком воздержания от спиртных напитков в течение года. Не пила 1,5 года. В новогодний праздник после употребления фужера шампанского развился запой, во время которого впервые совершила 2 прогула на работе. Самостоятельно прервать запой не смогла, под давлением сожителя и в его сопровождении обратилась в клинику НИИ ПЗ. После дезинтоксикационной, сосудистой, общеукрепляющей терапии, лечения гипертонии «решилась на подшивку», так как из-за прогулов боялась потерять работу. После имплантации «эспераль» воздерживалась от употребления спиртных напитков около 4 лет. В этот период в основном чувствовала себя удовлетворительно, головная боль беспокоила лишь при перемене погоды, иногда появлялся «шум» в ушах, небольшое головокружение. Правда, неоднократно испытывала ощущение эмоционального напряжения, чувство тревоги, но старалась справиться с этим, читая книги, смотря телепередачи, выполняя работу по дому.

Срыв произошел в кругу друзей, которые уговорили «выпить немного», выпила бокал вина, чтобы расслабиться, затем водку, алкоголизировалась 10 дней, из них неделю не выходила на работу, за что получила административное предупреждение. Прошла очередной курс лечения в наркологическом отделении клиники НИИ ПЗ, во время которого были выработаны твердые установки на трезвый образ жизни. В дальнейшем следует длительный светлый промежуток – 7 лет. В период ремиссии часто испытывала чувство тоски, неудовлетворенности жизнью. В новогодний вечер захотелось расслабиться, получить положительные эмоции, но принятие алкоголя ожидаемого эффекта не дало. Кроме того, появились апатия, равнодушие к окружающему. Продолжала пьянствовать, прогуливала работу, где к ней относились все хуже. Стала понимать, что болезнь прогрессирует, не могла самостоятельно прекратить алкоголизацию и вновь обратилась в отделение аддиктивных состояний и была взята на лечение.

Психическое состояние при поступлении: сознание ясное, ориентирована полностью, несколько неопрятна. Фон настроения безрадостный, сидит ссутулившись, смотрит в пол, в беседе безынициативна. Говорит тихо, волнуясь, голос дрожит. Алкогольный анамнез раскрывает неохотно, факты злоупотребления спиртными напитками уменьшает, хотя понимает, что больна и болезнь прогрессирует. Критика к своему состоянию достаточная, но в пьянстве обвиняет

обстоятельства и знакомых. В беседе эмоционально лабильна, иногда на глазах появляются слезы. Ищет сочувствия. Отмечает, что выпивает около литра водки. Обращает внимание на то, что в последние годы запои удлинились до 10 дней, похмелье стало тяжелее, особенно беспокоит головная боль, фиксирована на высоких цифрах АД, отсутствии сна в течение двух суток, спит только в глубоком опьянении. Высказывает желание на повторное проведение противоалкогольных методов лечения, «закодироваться на максимально длительный срок».

Соматическое состояние: кожные покровы бледные, но лицо и шея гиперемизированные. Лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, обложен бело-серым налетом. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия 105 ударов в минуту, АД 180/105 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает на 2,5–3 см из-под края реберной дуги, край закруглен, плотный, слегка болезненный.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь II стадии, риск 3, реактивный гепатит в результате употребления алкоголя. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка, умеренные нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка. Заключение окулиста: гипертензивная ангиопатия сетчатки.

Осмотр невропатолога: походка обычная, акроцианоз, акрогипергидроз. В позе Ромберга тремор век, тремор пальцев вытянутых рук с интенционным усилением при выполнении пальценосовой пробы. Лицо гиперемизировано, инъекция сосудов склер. Мидриаз, фотореакции ослаблены. Легкое ограничение зрения вверх. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Носогубная складка сглажена справа. Симптом Хвостека с двух сторон. Легкий симптом Маринеску-Радовича справа. Гипотония в руках $d > s$. Периостальные рефлексы высокие, равномерные. Сухожильные рефлексы средней живости, $d > s$. Сила в дистальных и проксимальных отделах нижних конечностей достаточная. Тонус сохранен. Коленные, ахилловы рефлексы оживлены, равномерные. Стопных патологических и менингеальных знаков нет. Расстройств поверхностной и глубокой чувствительности нет. Разлитой стойкий красный дермографизм.

Экспериментально-психологическое обследование. Предъявляет жалобы соматического характера. Цель обследования понимает верно, задания выполняет скоро, проявляет интерес к работе с тестами, откровенна.

Профиль личности по ММП1 характеризуется пиками по шкале ипохондрии, тревоги, психопатии и аутизации на фоне достаточного уровня активности и социальных контактов с высокими показателями по шкале «коррекции» и «напряженности» (код профиля 1, 7, 4, 8, 9, F, K). В актуальном эмоциональном состоянии доминирует повышенное внимание к своему здоровью, склонность к волнениям, легкие тревожные реакции с сомнениями в успехе. Реализация возникающих желаний и побуждений затруднена из-за повышенного самоконтроля, чрезмерная требовательность к себе и другим создают хронически устоявшееся ощущение неудовлетворенности. Несмотря на колебания эмоционального фона, сохраняются хорошие адаптационные возможности благодаря повышенной идентификации со своим социальным статусом, стремлению следовать конвенциональным нормам и ориентироваться на социально значимые ценности.

Личностный опросник Р. Б. Кэттелла выявил высокие оценки по следующим факторам первого порядка. Фактор А – 6 баллов (яркость эмоций, неприужденность поведения, активность в установлении контактов, общительность). Фактор Е – 6 баллов (склонность к доминантности, настойчивости). Фактор F – 7 баллов (эмоциональный подъем). Фактор G – 5 баллов (ответственность, совестливость). Фактор L – 7 баллов («фактор руководящих работников»). Фактор N – 6 баллов (проницательность, честолобие). Фактор G – 4-8 баллов (напряженность, беспокойство, раздражительность, фрустрированность большим числом потребностей, не нашедших разрядки). Фактор O – 7 баллов (чувство вины, ранимость, подавленное настроение на момент обследования). Выявлены низкие оценки по следующим факторам. Фактор C – 3 бала (низкая эмоциональная устойчивость, импульсивные влечения). Фактору G – 3-4 балла (недостаточная способность к самоконтролю). Фактор M – 2 балла (пракцизм, здравомыслие). Соответственно доминирующее значение в личностной структуре заняли факторы второго порядка – тревожность-адаптированность» и «экстраверсия-интроверсия». Значение фактора В (уровень интеллекта) относительно высок и составляет 7 баллов.

По данным опросника Люшера выражено стремление к покою вопреки постоянному ощущению препятствия и отсутствия способности к компромиссам. Духовные притязания редуцированы на уровень «кроссвордного» интеллекта. В познавательной сфере отмечается высокий уровень обобщения, соответствующая хорошей норме способность к абстрагированию. Ассоциативные связи образует легко, образы в пиктограмме эмоционально насыщены, в меру абстрактны, стандартны, графически отражают состояние эмоциональной напряженности. Объем оперативной памяти снижен (кривая заучивания 10 слов 4, 5, 7, 8, 7, отсроченное воспроизведение – 6 слов; опосредованное воспроизведение – 13 понятий из 15). Выполнение большой корректурной пробы свидетельствует о достаточно сохранной продуктивности – коэффициент работоспособности 0,9 с нарастанием ошибок в конце эксперимента (пропуски букв, зачеркивание схожих). Таким образом, данными психологического обследования выявляется доминирование в личностной иерархии тревожно-ипохондрических черт, сохранность интеллекта (при некотором ухудшении оперативной памяти и неустойчивости внимания) и уровня идентификации со своим социально-экономическим статусом.

План терапии и реабилитации. Проводилась дезинтоксикационная, седативная, сосудорасширяющая, гипотензивная терапия с назначением ноотропов и ангиопротекторов. Во второй половине курса лечения была проведена витаминотерапия (PP, C, группы B), психосуггестия. Курсовое применение МРТ терапии было направлено на купирование алкогольного абстинентного синдрома и лечение соматической патологии. С целью купирования патологического влечения к алкоголю вне состояния алкогольного абстинентного синдрома проводился десятидневный курс терапии с использованием комплекса аудиовизуально-вибротактильной стимуляции «SENSORIUM» (ABBC) с креслом «нулевой гравитации».

В результате лечения головная боль постепенно, по мере снижения АД, редуцировалась, настроение выравнилось, нормализовался сон, аппетит, стала бодрее, охотнее вступала в контакт с окружающими, сама проявляла инициативу в беседе с соседями по палате, чаще на тему вреда здоровью от алкогольных излишеств. Интересовалась результатами обследования, предлагала достать дефицитные препараты, чтобы «пролечиться как следует». Строила реальные планы на будущее. Среди жизненных целей социально-трудовая реадaptация. Высказывала твердое желание «подшиться». В конце курса лечения проведена эмоционально-стрессовая чреспредметная психотерапия с формированием установочного срока воздержания от употребления алкоголя сроком на 3 года.

Выписана с установкой на длительное воздержание от алкоголя, рекомендацией необходимости профилактических курсов сосудистой и седативной терапии. Продолжить прием гипотензивных препаратов по схеме, наблюдение терапевта по месту жительства.

Катамнез через 8 месяцев. Пришла по приглашению. Не алкоголизируется более 8 месяцев. Пунктуальна в выполнении рекомендаций врача по приему гипотензивных препаратов в индивидуально подобранных дозах. Купила тонометр, ведет дневник самоконтроля, регистрируя динамику АД, частоту сердечных сокращений, самочувствие, применяемый препарат.

Работой и мнением о себе коллег дорожит, так как понимает проблемы трудоустройства при увольнении, вернула себе репутацию хорошего руководителя. В беседе эмоционально лабильна, фиксирована на состоянии здоровья, тревожится по поводу периодического повышения АД, связывает с этим ухудшение памяти.

Анализ истории заболевания данной пациентки показывает, что в преморбиде ей присущи тревожные черты, нерешительность, склонность к сомнениям, как основные эмоциональные проявления в отношениях с окружающими. Повышенные требования к психофизическим данным (сочетание дневной работы с учёбой в вечернее время) способствовали появлению психозадаптации состояния, психосоматическая трансформация которого проявилась в повышении АД. Обида на неудачу в жизни (потеря семьи), тоска по любимому мужу купировались атарактическим действием алкоголя, употребление которого постепенно учащалось и привело к формированию физической зависимости. Однако, несмотря на развитие алкоголемании, поведение оставалось в пределах социально приемлемых норм. Причиной обращения за наркологической помощью явились утяжеление похмельного состояния и симптомов сочетанного алкогольно-гипертонического поражения центральной нервной системы.

Обобщая результаты собственных клинических наблюдений пациенток с ассоциированными формами алкоголизма, можно сделать следующие выводы. В анамнезе обследованных женщин с ассоциированными формами алкоголизма не обнаружено данных, свидетельствующих о наличии у них преморбидной дезадаптации, происходящей под воздействием социально-психологических факторов. Большинство пациенток первой группы (83,0 %) росла в полной семье. В детстве и юности 54,6 % пациенток отношение родителей к себе оценивали как заботливое.

Взаимоотношения родителей пациенток в 46,1 % случаев характеризовались как согласованные, гармоничные; в группе сравнения – 24,0 % ($p < 0,05$). Частые конфликты возникали между родителями у 38,5 % обследованных. Высокий уровень алкоголизации отцов был выявлен в 61,53 % случаев (в группе сравнения – в 68,0 %). Странности характера и суицидальное поведение отца и сибсов имели по 0,77 % пациенток из основной группы, в группе сравнения подобные случаи вовсе не наблюдались. При анализе менструальной функции обнаружено, что на момент обследования в основной группе женщин достоверно чаще встречались нарушения менструального цикла, который в 33,1 % случаев стал нерегулярным, или функция полностью прекратилась (в группе сравнения – в 14 % ; $p < 0,05$).

При рассмотрении преморбидных особенностей пациенток основной группы и группы сравнения достоверных различий получено не было, но в основной группе акцентированные личности встречались несколько чаще – 64,6 % случаев (в группе сравнения – в 54 %). Делинквентное поведение в подростковом возрасте им не было свойственно. Обучение в школе у большинства обследуемых проходило успешно. Среднее специальное образование имели 58,4 % обследованных, вузы окончили 25,4 % женщин. Высокозначимыми сферами для обследованных пациенток являлись профессия, должностное положение, внешняя оценка уровня квалификации. Женщины основной группы реже меняли места работы, причем злоупотреблением алкоголем смена работы была обусловлена лишь в 40,0 % случаев (в группе сравнения – в 60,0 %). Злоупотребление алкоголем мужьями пациенток основной группы не имело статистически значимой разницы и встречалось в 23,8 % случаев (в группе сравнения – в 22,0 %).

При анализе особенностей клинической динамики основных симптомов заболевания было выявлено следующее.

Начало систематического употребления алкоголя и формирование основных синдромов алкогольной зависимости первичного патологического влечения и алкогольного абстинентного синдрома (в $22,9 \pm 4,7$ и $29,6 \pm 7,1$ года у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза, в $23,5 \pm 4,2$ и $32,6 \pm 6,3$ года у пациенток с психической коморбидностью, в $23,1 \pm 6,6$ и $31,4 \pm 6,0$ года у пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза) наблюдается в более раннем возрасте у пациенток, имеющих сочетанное поражение головного мозга травматического генеза.

Та же тенденция отмечается в отношении манифестации соматоневрологической симптоматики в структуре синдрома отмены алкоголя. Ранее других она встречалась в группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – в $31,9 \pm 1,9$ года, что, возможно, было обусловлено формой употребления алкоголя (постоянное пьянство на фоне высокой толерантности в этой группе встречалось чаще) и большей выраженностью в связи с этим признаков органического поражения головного мозга токсико-травматического генеза.

Манифестация амнестических форм опьянения обнаружена ранее других в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза и в среднем появлялась к возрасту $27,9 \pm 6,5$ года.

Практически на 2 года позже амнезии манифестировали в группе женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, и обнаружены к возрасту $29,9 \pm 6,2$ года. В группе женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза амнестические формы опьянения появлялись в среднем к возрасту $29,1 \pm 6,5$ года. Появление псевдозапойной формы пьянства у пациенток, имеющих в преморбиде поражение головного мозга травматического генеза в клинической картине алкогольной зависимости выявляется несколько раньше; в среднем обнаружено к возрасту $30,1 \pm 7,4$ года. Практически на 2 года позже (в $32,8 \pm 6,4$ года) псевдозапойная форма пьянства появлялась у женщин, имеющих коморбидную психическую патологию, и к возрасту $31,9 \pm 6,0$ года в группе женщин с коморбидным поражением головного мозга сосудистого генеза.

Продолжительности систематического употребления алкоголя более 10 лет встречалась чаще в группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и составила 20,0 %, в группе женщин с коморбидной психической патологией – 14,3 %, среди пациенток с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – 11,1 % соответственно.

Группы пациенток с ассоциированными формами алкоголизма различались между собой по форме пьянства. Так, у 60,0 % женщин из группы с коморбидной психической патологией и у 57,8 % женщин из группы с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза пьянство носило псевдозапойный характер. В группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза данный вид употребления алкоголя встречался практически вдвое реже и составил 38,0 % от всех обследованных данной группы. Для группы пациенток 1А было более характерно ежедневное употребление алкоголя на фоне низкой толерантности, что составило 48,0 % случаев (в группе 1В – 31,4 %, в группе 1Б – 22,2 % соответственно).

В группе пациенток, имеющих сочетанное экзогенно-органическое поражение головного мозга травматического и сосудистого генеза, чаще диагностировалась токсическая энцефалопатия ($p < 0,05$). В группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза достоверно чаще диагностировалась токсическая энцефалопатия ($p < 0,05$). Токсическая полинейропатия встречалась практически в равном числе случаев во всех трех рассматриваемых группах пациенток. Частота токсической полинейропатии была достоверно выше в данных группах по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$). Соматическая патология у женщин с ассоциированными формами алкоголизма диагностировалась в виде реактивного гепатита и хронического панкреатита с явлениями эндокринной недостаточности поджелудочной железы, достоверно превышая частоту случаев в группе сравнения ($p < 0,05$).

В подавляющем большинстве случаев у пациенток из всех трех групп в клинической картине алкогольной зависимости обнаружена трансформация картины опьянения. Достоверно чаще в группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза встречалось укорочение периода эйфории и превалирование в клинической картине опьянения раздражительности, что составило 28,0 % от всех обследованных.

В группе женщин с коморбидной психической патологией раздражительность встречалась в 20,0 % и в 17,8 % случаев в группе женщин с сочетанной патологией головного мозга травматического генеза) ($p < 0,05$). Так же достоверно чаще в группе 1А встречалась эмоциональная лабильность в состоянии алкогольного опьянения – у 24,0 % обследованных (у 15,6 % пациенток из группы 1Б и у 14,3 % женщин из группы 1В) ($p < 0,05$). Истерическая картина в большем числе случаев выявлялась у пациенток из группы с коморбидной психической патологией и составила 20,0 % (у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – 11,1 %, в группе с сочетанным поражением ЦНС сосудистого генеза – 6,0 % соответственно).

Купирование проявлений абстиненции в домашних условиях у обследованных нами женщин чаще происходило за 3-4 дня, но в группе пациенток с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза абстинентный синдром чаще имел более продолжительный характер. В течение недели синдром отмены алкоголя оставлял практически нетрудоспособными 48,0 % женщин (в группе женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза – 33,4 %, 31,4 % – в группе с коморбидной психической патологией, в группе сравнения – 6,0 % ($p < 0,05$)). В данной группе обследованных также вдвое чаще отмечались более длительные проявления синдрома отмены, продолжительностью 8 суток и более, что составило 20,0 % случаев (в группе сравнения – 4,0 % соответственно), что являлось основной причиной обращения за медицинской помощью. Затяжной синдром отмены в этой группе пациенток можно объяснить более тяжелыми расстройствами метаболических процессов в период синдрома отмены алкоголя.

В группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза, вне состояний алкогольного абстинентного синдрома и острой алкогольной интоксикации достоверно чаще в ходе стационарного обследования выявлялись симптомокомплексы, указывающие на наличие органического поражения головного мозга. Астенический симптомокомплекс преобладал среди психопатологических непсихотических проявлений сочетанного алкогольно-органического поражения головного мозга вне абстинентных расстройств (у женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза выявлялся в 91,1 % случаев, в группе женщин с коморбидной психической патологией – в 52,2 % случаев; $p < 0,05$) и отмечался на протяжении всего заболевания. Чаще всего у женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза обнаружен церебрастенический синдром, проявлявшийся в устойчивом чувстве слабости, скорой утомляемости, снижении трудоспособности, частых головных болях, гиперестезии к звукам, свету, высокой температуре. Пациентки отличались эмоциональной лабильностью, проявляющейся в частой смене настроения (смех и слезы одновременно), обидчивостью, раздражительностью, сопровождающейся придиричивостью. У женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза расстройства мышления проявлялись ригидностью, обстоятельностью.

Патология памяти проявлялась в затруднении хронологической ориентации и воспроизведении имен, дат, цифр. Одним из поводов обращения к врачу было снижение умственной работоспособности из-за забывчивости, невозможности сосредоточиться. Для восстановления в частичном объеме деятельности нарушенных функций вырабатывался определенный стереотип поведения, выражающийся в избегании перемен, что позволяло длительно сохранять социальные отношения. Алкогольное изменение личности в основном ограничивалось заострением преморбидных астеноипохондрических и истероэмоциональных черт характера и доходило до психопатоподобных проявлений в 28,1 % случаев.

Значительное место в структуре церебрастенического синдрома занимала цефалгия, существенно снижавшая активность женщин, имеющих сочетанное экзогенно-органическое поражение головного мозга травматического и сосудистого генеза. Головная боль несколько чаще локализовалась в теменно-затылочной области. Типичными для головных болей были метеозависимость и усиление при переходе из клиностатического положения в ортостатическое. Интенсивность нарастала во второй половине дня, причем боли носили распирающий и ломящий характер.

При осмотре окулистом у женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза в большем числе случаев диагностировались патологические изменения структурных элементов глазного дна (флебопатия сетчатки, гипертензивная ангиопатия сетчатки) – в 79 % случаев, у женщин с коморбидной психической патологией – в 47 %, в группе сравнения – в 39 % случаев.

В группе женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза проявления психоорганического синдрома имеют нетипичный характер в результате более выраженных проявлений органической церебральной недостаточности, чем в группе женщин с коморбидной психической патологией и в группе сравнения. В эмоциональной сфере доминировала депрессивная симптоматика (в 88,0 % случаев у женщин с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и в 88,6 % случаев у женщин с сочетанным поражением головного мозга травматического генеза) на фоне выраженных проявлений астении с эмоциональной лабильностью и апатией, чувством слабости, утомляемости, снижением трудоспособности, частой сменой настроения, раздражительностью. Из-за выраженности астенических проявлений пациентки были неактивны в беседе, затруднялись строить планы на будущее, были безынициативны в планировании трезвости. В группе женщин с коморбидной психической патологией в эмоциональной сфере преобладали дисфорическая симптоматика, чувство внутреннего напряжения (85,7 %), реализовавшиеся в повышении активности, агрессивности, конфликтности, суетливости.

О тяжести течения заболевания у женщин с ассоциированными формами алкоголизма свидетельствует и тот факт, что на момент обращения у всех обследуемых женщин преобладала формальная критика к заболеванию. Однако в группе пациенток с коморбидной психической патологией достоверно чаще встречалась анозогнозия, составлявшая 34,3 % случаев ($p < 0,05$).

3 и более раз по поводу алкогольной зависимости госпитализировались в наркологический стационар 28,5 % женщин из группы с коморбидной психической патологией, 24,0 % пациенток из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза и 17,7 % пациенток из группы с сочетанным поражением ЦНС травматического генеза.

Влечение к алкоголю в период формирования ремиссии в группе пациенток с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга сосудистого и травматического генеза носит перемежающийся характер с усилением его интенсивности в периоды увеличения выраженности астенической симптоматики под влиянием внешних провоцирующих факторов (конфликтные ситуации и перегрузки на работе, конфликты в семье, астенизация после перенесенного соматического или инфекционного заболевания). В группе пациенток с коморбидной психической патологией первичное патологическое влечение к алкоголю в период становления ремиссии носит практически постоянный характер, поводом для возникновения влечения к алкоголю служит увеличение напряженности и раздражительности без наличия объективных провоцирующих факторов.

Группы женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза отличались более высокими показателями по наличию ремиссий в течение заболевания. О тяжести течения заболевания в группе женщин с коморбидной психической патологией свидетельствует и тот факт, что у пациенток, имеющих сочетанное экзогенно-органическое поражение головного мозга травматического и сосудистого генеза, достоверно чаще посттерапевтические ремиссии носили продолжительный характер и соответствовали установочному сроку воздержания от употребления алкоголя. В отличие от обследованных из группы женщин с коморбидной психической патологией, у которых в 57,2 % случаев длительность посттерапевтических ремиссий не превышала 6 месяцев (вместо запланированного установкой срока в 1 год). В течение 1 года и более воздерживались от приема спиртного 62,0 % женщин из группы с сочетанным поражением головного мозга сосудистого генеза, 42,3 % женщин из группы с сочетанным поражением ЦНС травматического генеза, 28,5 % обследованных из группы с коморбидной психической патологией.

В группах женщин с сочетанным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического и сосудистого генеза достоверно чаще поводом для госпитализации было выраженное ухудшение соматического здоровья и снижение работоспособности вследствие декомпенсации имеющейся у них церебральной патологии на фоне алкоголизации. В группе пациенток с коморбидной психической патологией в 3 раза чаще причиной обращения в стационар была конфликтная ситуация на работе и угроза увольнения, возникшая на фоне случаев алкоголизации на производстве.

Актуализация влечения к алкоголю с последующим «срывом» и рецидивом в большинстве случаев была ситуационно обусловлена, легко провоцировалась низкой степенью заинтересованности в проведении противоалкогольного лечения (64,6 %).

В 18,5 % случаев причиной рецидива были личностно значимые стрессовые ситуации (разрыв интимных отношений, судебные разбирательства, утрата или тяжелая болезнь близкого человека); в 10,0 % случаев – аффективные расстройства; в 6,1 % случаев – отсутствие критики к заболеванию, уверенность в возможности пить «как все»; в 0,8 % случаев – ревизия эффективности лечения.

Анализ клинической динамики симптомов алкогольной зависимости у женщин с ассоциированными формами алкоголизма свидетельствует о гетерогенности данной группы пациенток. Клиническая картина алкоголизма в зависимости от вида сопутствующей патологии имеет специфические особенности, которые отражаются на основных синдромах алкогольной зависимости, в частности на наличии или отсутствии в ее течение ремиссий. Присутствие в большом числе случаев психоорганических расстройств, утяжеляющих клиническое течение алкогольной зависимости, существенно ограничивает арсенал активных методов лечения, что обосновывает внедрение новых методов терапии, которые должны быть комплексными и патогенетически обоснованными. В свою очередь, данное положение сложно выполнимо без оценки реабилитационных возможностей у женщин рассматриваемых групп.

Введение	3
Глава 1 АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ЖЕНЩИН. ИСТОРИЯ ВОПРОСА. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА	5
Глава 2 КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН	13
2.1. Демографические и медико-социальные характеристики женщин, зависимых от алкоголя	15
2.2. Формирование клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин без коморбидной соматопсихической патологии	23
2.3. Психоневрологические расстройства интоксикационного генеза у женщин, страдающих алкогольной зависимостью	24
2.4. Женщины, зависимые от алкоголя, и женщины, созависимые от алкоголизации мужей – клинико-психологическое исследование	32
Глава 3 КЛИНИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ	43
3.1. Общая характеристика проблемы коморбидности	43
3.2. Клиническая динамика алкоголизма у женщин с коморбидными психоневрологическими и психосоматическими расстройствами	45
3.2.1. Коморбидность алкогольной зависимости и последствий черепно-мозговой травмы у женщин	47
3.2.2. Коморбидность алкогольной зависимости и гипертонической болезни у женщин	53
3.2.3. Коморбидность алкогольной зависимости у женщин с аффективными и личностными расстройствами	60
3.3. Сравнительная характеристика клинических синдромов алкогольной зависимости у женщин с различными вариантами коморбидной патологии	67
Глава 4 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	76
4.1. Клинические особенности ремиссий и рецидивов у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости	78
4.2. Немедикаментозная терапия алкоголизма у женщин с коморбидной патологией	88
4.2.1. Возможности микроволновой резонансной терапии при лечении коморбидных форм алкогольной зависимости у женщин	92

4.2.2. Применение аудиовизуально-вибротактильной стимуляции в комплексной терапии постабстинентных расстройств и на этапе формирования ремиссии у женщин с коморбидными формами алкогольной зависимости	96
4.3. Прогноз реабилитационных мероприятий при коморбидных формах алкогольной зависимости у женщин	103
Заключение	118
Литература	122
Приложения	144

Introduction.....	3
Chapter 1 ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN. HISTORY OF THE ISSUE. FACTORS CONTRIBUTING TO FORMATION OF FEMALE ALCOHOLISM	5
Chapter 2 CLINICAL DYNAMIC OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN	13
2.1. Demographic and medico-social characteristics of women dependent on alcohol	15
2.2. Formation of clinical syndromes of alcohol dependence in women without comorbid somatopsychic pathology	23
2.3. Psychoneurological disorders of intoxication genesis in women suffering from alcohol dependence	24
2.4. Women dependent on alcohol and women co-dependent on alcoholization of husbands – clinical-psychological investigation	32
Chapter 3 CLINIC OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN IN VARIOUS VARIANTS OF COMORBID PATHOLOGY	43
3.1. Overall characteristic of problem of comorbidity	43
3.2. Clinical dynamic of alcoholism in women with comorbid psychoneurological and psychosomatic disorders	45
3.2.1. Comorbidity of alcohol dependence and consequences of cerebral injury in women	47
3.2.2. Comorbidity of alcohol dependence and essential hypertension in women	53
3.2.3. Comorbidity of alcohol dependence in women with affective and personality disorders	60
3.3. Comparative characteristic of clinical syndromes of alcohol dependence in women with various variants of comorbid pathology	67
Chapter 4 MODERN METHODS OF TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN WITH COMORBID PATHOLOGY	76
4.1. Clinical features of remissions and relapses in women with comorbid forms of alcohol dependence	78
4.2. Non-medication therapy of alcoholism in women with comorbid pathology	88
4.2.1. Possibilities of microwave resonance therapy in treatment of comorbid forms of alcohol dependence in women	92

4.2.2. Application of audiovisual-vibrotactile stimulation in complex therapy of post-withdrawal disorders and at the stage of formation of remission in women with comorbid forms of alcohol dependence	96
4.3. Prognosis of rehabilitative activities in comorbid forms of alcohol dependence in women	103
Conclusion	118
References	122
Supplements.....	144

Научное издание

**Николай Александрович Бохан
Инна Эдуардовна Анкудинова
Анна Исаевна Мандель**

**КОМОРБИДНЫЕ ФОРМЫ
АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН**

Редактор И. А. Зеленская

Дизайн обложки Е. Е. Аргунова

В оформлении обложки использована картина «Курящая»
томского художника Константина Фомина, члена Гильдии
томских художников, члена творческого Союза художников России

Подписано в печать 23.12.2013 г.

Формат 60x84¹/₁₆.
Бумага офсетная № 1.
Печать офсетная.

Печ. л. ; усл. печ. л. ; уч.-изд. л.
Тираж 500. Заказ №

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
тел.: (3822) 40-71-24, тел./факс: (3822) 40-79-55
E-mail: mail@if.tomsk.ru