

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Н. А. Бохан, Е. Н. Кривулин, А. Х. Мингазов

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Издательство «Иван Федоров»

Томск, Челябинск

2013

УДК 616.89-008.441-053.88
ББК Р645.021.11
Б863

Рецензенты:

П. П. Балашов – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России (Томск)

А. М. Селедцов – д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Кемеровская ГМА» Минздрава России

Б863 Бохан Н. А., Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х. Алкогольная зависимость у лиц позднего возраста. – Томск; Челябинск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 260 с.

ISBN

Монография посвящена актуальной проблеме формирования и развития алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста. На основании результатов клинико-эпидемиологического, клинико-психологического и биохимического исследования получены данные по распространенности алкоголизма среди лиц позднего возраста, медико-биологическим, психосоциальным и личностным характеристикам, определяющим формирование, клинико-психопатологические, клинико-динамические особенности алкоголизма, алкогольных психозов и коморбидной психической патологии у данной категории больных. Выявлена склонность к затяжному и злокачественному течению алкогольных психозов в позднем возрасте у женщин. Впервые выделены варианты клинической динамики алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет, имеющие отличительные особенности по ряду основных психопатологических, личностных и биологических характеристик. На основании установленных взаимосвязей между возрастом клинической манифестации синдрома зависимости и интенсивностью окислительной деструкции белков, активностью МАО тромбоцитов, уровнем кортизола крови определены биологические предикторы течения и исходов алкоголизма у лиц позднего возраста с учетом пола. Разработаны научно-организационные принципы оказания реабилитационно-профилактической помощи мужчинам и женщинам позднего возраста с алкогольной зависимостью, осуществляемой в условиях лечебно-реабилитационного комплекса наркологического учреждения с учетом клинической гетерогенности алкогольной зависимости, факторов риска формирования зависимости, возраста первичного обращения за наркологической помощью, гендерных различий в клинико-психопатологическом оформлении заболевания. Для врачей психиатров-наркологов, психиатров, психотерапевтов, психологов, неврологов и других специалистов, работающих в наркологических клинических и реабилитационных учреждениях, а также для студентов старших курсов медицинских вузов, интернов, клинических ординаторов.

В оформлении обложки использованы полотна Иос Ван Красбека «Пьяница», П. Пикассо «Любительница абсента», В. Е. Маковского «Пьяница».

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (протокол № 5 от 24.05.2013 г.)

УДК 616.89-008.441-053.88
ББК Р645.021.11

ISBN

© Бохан Н. А., Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., 2013

© ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2013

© ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» МЗ РФ, 2013

«Mental Health Research Institute» of
Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences

«South-Ural State Medical University» of
Ministry of Healthcare of Russian Federation

N. A. Bokhan, E. N. Krivulin, A. Kh. Mingazov

ALCOHOL DEPENDENCE IN PERSONS OF LATER AGE

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk, Chelyabinsk

2013

УДК 616.89-008.441-053.88
ББК P645.021.11
Б863

Reviewers:

P. P. Balashov – MD, professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy
Department of SBEI HPE «Siberian SMU» of Ministry of Healthcare of Russia (Tomsk)

A. M. Seledtsov – MD, professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Medical Psychology
Department of SBEI HPE «Kemerovo SMA» of Ministry of Healthcare of Russia

Б863 Bokhan N. A., Krivulin E. N., Mingazov A. Kh. Alcohol dependence in persons of later
age. – Tomsk, Chelyabinsk: Publishing House «Ivan Fedorov», 2013. – 260 p.

ISBN

The monograph is devoted to relevant problem of formation and development of alcoholism in men and women of later age. Based on results of clinical-epidemiological, clinical-psychological and biochemical research, data about prevalence of alcoholism among persons of later age, medico-biological, psychosocial and personality characteristics determining formation, clinical-psychopathological, clinical-dynamic peculiarities of alcoholism, alcohol psychoses and comorbid mental pathology in this category of patients have been obtained. Disposition to lingering and malignant course of alcohol psychoses at later age in women has been revealed. For the first time, variants of clinical dynamic of alcoholism in men and women of later age with initial seeking for addictological help after and before 60 years having distinctive peculiarities according to a number of basic psychopathological, personality and biological characteristics have been distinguished. Based on identified interrelationships between age of clinical manifestation of dependence syndrome and intensiveness of oxidative destruction of proteins, activity of MAO thrombocytes, level of cortisol of blood, biological predictors of course and outcomes of alcoholism in persons of later age with account for gender have been identified. Scientific-organizing principles of providing the rehabilitative-preventive help for men and women of later age with alcohol dependence implemented under conditions of treatment-rehabilitative complex of addictological institution with account for clinical heterogeneity of alcohol dependence, risk factors of formation of dependence, age of initial seeking for addictological help, gender differences and clinical-psychopathological design of disease have been developed. For addiction psychiatrists, psychiatrists, psychotherapists, psychologists, neurologists and other specialists working at addictological clinical and rehabilitative institutions as well as for students of higher courses of medical high schools, interns, residents.

Pictures of Joos van Craesbeeck «Drunkard», P. Picasso «The Absinthe Drinker», V. E. Makovsky «Drunkard» have been used in the design of cover.

Approved and recommended for publication by Scientific
Council of Mental Health Research Institute SB RAMSci (proceedings no.5 of May 24, 2013)

УДК 616.89-008.441-053.88
ББК P645.021.11

ISBN

© Bokhan N. A., Krivulin E. N., Mingazov A. Kh., 2013

© «Mental Health Research Institute» SB RAMSci, 2013

© «South-Ural SMU» MH RF, 2013

Список сокращений

АА	–	Анонимные Алкоголики
ААдфг	–	алифатические альдегид-динитрофенилгидразоны
АКдфг (н)	–	алифатические кетон-динитрофенилгидразоны нейтрального характера
АКдфг(о)	–	алифатические кетон-динитрофенилгидразоны основного характера
ААС	–	алкогольный абстинентный синдром
АФК	–	активные формы кислорода
ВОЗ	–	Всемирная Организация Здравоохранения
ГГАС	–	гипоталамо-гипофизарно-адреналовая система
КЖ	–	качество жизни
ЛОЭСП	–	личностно-ориентированная эмоционально-стрессовая психотерапия
МАО	–	монаминоксидаза
МКБ-10	–	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
НИПНИ	–	научно-исследовательский психоневрологический институт
НЛП	–	нейролингвистическое программирование
ОМБ	–	окислительная модификация белков
ПАВ	–	психоактивное вещество
ПВА	–	патологическое влечение к алкоголю
ПОЛ	–	перекисное окисление липидов
РАМН	–	Российская Академия медицинских наук
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
УРТ	–	условно-рефлекторная терапия
ФО	–	федеральный округ
ЭКГ	–	электрокардиография
ЭЭГ	–	электроэнцефалография
CIWA-Ar	–	Шкала клинической оценки алкогольного абстинентного синдрома

Проблема алкоголизма позднего возраста обусловлена прежде всего демографическим сдвигом – увеличением в популяции лиц пожилого возраста. Постарение населения планеты – объективный процесс, являющийся одной из важнейших социальных проблем (Анисимов В. Н., 2000; Семке В. Я., Одарченко С. С., 2006, 2007, 2010; Балашов П. П., 2006, 2011; Иванова Т. И., 2010; Miner S., Rich M., 2001). Пожилые люди старше 60 лет – самая быстро растущая группа населения России. Её численность на начало 90-х гг. составила 16 %. Ожидается, что к 2015 г. она достигнет 20 % от общей численности населения. Прогрессирующий процесс старения населения приведет к лавинообразному нарастанию как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих алкоголем пожилых лиц в популяции (Немцов А. В., 1995, 2012; Егоров А. Ю., 2009; Кошкина Е. А., 2011).

В отечественной литературе проблеме алкоголизма в позднем возрасте уделяется значительно меньше внимания, чем, например, раннему или женскому алкоголизму (Альтшулер В. Б., 2010). Многие авторы указывают на неоднородность группы пациентов позднего возраста, страдающих алкоголизмом (Игонин А. Л., 2006; Егоров А. Ю., 2009; Альтшулер В. Б., 2012; Barry K. L., Oslin D. W., Blow F. C., 2001; Beechem M., 2002), разделяя их по продолжительности алкоголизации, степени влияния социальных стрессов на формирование алкоголизма, соматической отягощенности и другим параметрам. При этом нет единого мнения о влиянии этих факторов на формирование алкогольной зависимости и на течение заболевания.

Так, с одной стороны, у лиц, начинающих злоупотреблять спиртным после 50 лет, формирование «осевых симптомов» алкоголизма ускорено (Ураков И. Г., Куликов В. В., 1973), течение алкоголизма более злокачественное с неблагоприятным прогнозом (Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х., 1987). С другой стороны, по мнению В. Б. Альтшулера (1999), патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется сравнительно небольшой интенсивностью, зависит от преморбидных особенностей личности и наследственной отягощенности. Ряд исследователей (King A. C., Bernardy N. C., Haune K., 2003), говоря о вариантах развития алкогольной зависимости в позднем возрасте, решающее значение придают стрессовым ситуациям и соматической отягощенности.

Далекими от разрешения остаются вопросы, касающиеся лечения и профилактики алкогольных психозов у лиц позднего возраста. Алкогольные психотические расстройства у пожилых пациентов отличаются низкой курабельностью, применяемые лечебно-реабилитационные программы не учитывают возрастные клиничко-социальные особенно-

сти данного контингента больных, а специализированные лечебно-реабилитационные программы отсутствуют. Течение алкогольных психозов у лиц позднего возраста имеет целый ряд особенностей, нуждающихся в дальнейшем изучении (Гулямов М. Г., Шарапова Н. М., 2001; Hein P. J. et al., 2004). К ним относятся особенности формирования и течения алкогольных психотических расстройств, выраженность и продолжительность психопатологических симптомов, время их появления в зависимости от продолжительности злоупотребления, прогноз заболевания, зависимость вышеуказанных характеристик от пола (Иванец Н. Н., Кинкулькина М. А., 2004; Минко А. И., 2004; Гофман А. Г., Понизовский П. А., 2005; Егоров А. Ю., 2006; Bischof G. et al., 2001; Thomas V. S. et al., 2001).

Исследования метаболических нарушений у больных алкоголизмом более ранних возрастов представлены во многих работах (Селедцов А. М., 1995; Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., 2009; Софронов Г. А., 2011; Бохан Н. А., Стояк В. А., Жернова Е. В., 2012; Иванова С. А., 2012). При этом требуют своего дальнейшего изучения вопросы, связанные с выявлением особенностей обмена серотонина и свободнорадикального окисления при алкогольном абстинентном синдроме у лиц позднего возраста.

Малоизученными остаются различия в развитии алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста. По мнению зарубежных исследователей (Bloomfield K., 2000; Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C., 2004), в позднем возрасте женщины по сравнению с мужчинами сталкиваются с меньшим количеством проблем при алкоголизации. Они чаще параллельно с алкоголем употребляют другие ПАВ, у них более выражены депрессивные переживания, они реже обращаются за квалифицированной помощью. Российские исследователи, занимающиеся данной проблемой, большее внимание уделяют «вдовьему алкоголизму», объясняя это тем, что на настоящий момент в России среднестатистическая женщина проживает в положении вдовы не менее 15 лет (Егоров А. Ю., Сиволап Ю. П., 2007, 2012).

Вопросы совершенствования диагностики и реабилитации больных алкоголизмом всегда привлекают повышенное внимание исследователей (Игонин А. Л., 1983; Кекелидзе З. И., 1998; Винникова М. А., 2006; Дудко Т. Н., 2008, 2012; Соловьев А. Г., 2010; Игонин А. Л., Кулагина Н. Е., Баранова О. В., Бондина Ю. А., Офтаев И. В., 2013; Ерышев О. Ф., Анипченко А. В., Андреева Н. Э., Андрианов Ф. В., 2013). Однако реабилитационно-профилактические программы для пациентов позднего возраста, основанные на факторах риска развития данной патологии, нуждаются в дальнейшей разработке и внедрении.

Углубленное изучение данных вопросов представляет как теоретический, так и практический интерес, позволяет на основе полученных данных разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающих в себя меры по вторичной и третичной профилактике данной патологии у лиц позднего возраста.

В предлагаемой вниманию читателей монографии приводятся результаты исследования, целью которого являлось выявить распространенность и клинико-патодинамические закономерности формирования и течения алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста с разработкой основных принципов профилактики и реабилитации.

Для реализации поставленной цели определены следующие задачи: изучить клинико-эпидемиологические особенности распространенности алкоголизма у лиц позднего возраста среди населения Челябинской области; изучить гендерные различия факторов риска, психосоциальных и личностных характеристик лиц позднего возраста с алкогольной зависимостью; изучить клинико-психопатологические особенности алкоголизма с коморбидной патологией у мужчин и женщин позднего возраста; выделить клинико-динамические варианты формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста в зависимости от клинической манифестации заболевания и возраста первичного обращения за наркологической помощью (после и до 60 лет); изучить особенности обмена серотонина и свободнорадикального окисления при алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста и разработать основные принципы и гендерно-дифференцированные программы реабилитационно-профилактической помощи лицам позднего возраста с алкогольной зависимостью.

Решение поставленной цели и задач исследования требовало системного подхода к проблеме, и их реализация могла быть успешной лишь при комплексном многофакторном анализе, который последовательно реализовывался с 2008 по 2012 г. в несколько этапов.

На первом этапе – на основании материалов Государственной статистической отчетности по психиатрии-наркологии и медицинских карт стационарного больного клинико-эпидемиологическому анализу подверглись динамические показатели распространенности алкогольной зависимости, включая алкогольные психозы в общей популяции и у лиц позднего возраста (60 лет и старше), зарегистрированных в ЧОКНБ за период с 2003 по 2012 г.

На втором этапе – на основании анализа данных статистических карт, архивных историй болезни и медицинской документации диспансерного отделения ЧОКНБ были изучены динамические показатели соотношения общего числа больных и лиц позднего возраста, страдающих алкоголизмом

(включая алкогольные психозы), пролеченных стационарно с 2006 по 2012 г. Для анализа использовались данные заболеваемости и болезненности лиц с различными клиническими проявлениями алкогольной зависимости (F10.2–F10.7), отдельно для всего населения области и лиц старше 60 лет). Все показатели были рассчитаны путем выкопировки данных из годовых отчетов, хранящихся в архиве ЧОКНБ.

На третьем этапе – комплексному клиническому исследованию подверглось 462 пациента мужского и женского пола старше 60 лет, проходивших стационарное лечение в Челябинской областной клинической наркологической больнице с диагнозом «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя» за 2010 г. (согласно МКБ-10 рубрики F10.3 – F10.7). Первоначально были выделены 2 группы наблюдения: I группа (n=391) – мужчины старше 60 лет, средний возраст которых составил $65,5 \pm 5,2$ года; II группа (n=71) – женщины позднего возраста (средний возраст $64,9 \pm 4,2$ года). В дальнейшем каждая из этих групп была разделена на две подгруппы в зависимости от возраста первичного обращения за наркологической помощью: 129 мужчин впервые обратились за помощью после 60 лет и 262 человека до наступления 60-летнего возраста (1-я и 2-я подгруппы соответственно). В группе женщин 43 человека обратились за помощью после 60 лет и 28 – до наступления 60-летнего возраста (3-я и 4-я подгруппы соответственно). Выбор возрастной границы групп исследования обусловлен существующим определением «инволюционного возрастного периода», данного ВОЗ. В качестве нижнего градиента при определении категории лиц позднего (пожилого) возраста был принят возраст 60 лет (Доклад Комитета экспертов ВОЗ «Здоровье пожилых», 1992). Имеет значение также то обстоятельство, что в соответствии с пенсионным законодательством Российской Федерации шестидесятилетие является верхним рубежом трудоспособного возраста.

Для проведения исследования была разработана карта углубленного клинического исследования больного алкогольной зависимостью, включающая в себя опросник ИТЗ, шкалу CIWA-Ar, клиническую шкалу оценки патологического влечения к алкоголю, тест акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ), применяемый для исследования личностных особенностей пациента. В основу карты углубленного клинического исследования больного алкогольной зависимостью была положена методика «Индекс тяжести зависимости», версия Treatnet – переработанная версия руководства «Индекс тяжести зависимости» (1990), разработанного доктором Т. Маклелланом и Д. Каризе в США.

В качестве основных методов исследования использовались:

- клинико-эпидемиологический – при анализе распространенности алкогольной зависимости как в общей популяции, так и у лиц старше 60 лет;
- клинико-anamnestический – для изучения основных параметров заболевания; социально-демографических, психосоциальных и медико-биологических характеристик;
- клинико-психопатологический – для оценки симптомов, синдромов и состояний больных на разных этапах заболевания;
- клинико-динамический – позволяющий проследить динамику изменений соматического, неврологического и психического статусов больных позднего возраста с алкоголизмом в период стационарного лечения;
- клинико-катамnestический – для ретроспективной оценки течения заболевания и факторов, влияющих на динамику заболевания, социальную и профессиональную адаптацию больных, а также при анализе целого спектра медицинских статистических показателей с 2003 г. по 2012 г.

Результаты обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики и выражались в виде среднеарифметической (M) и её стандартной ошибки (m). Статистически значимые различия между несколькими группами определялись с помощью критерия Краскелла-Уолиса (Kruskal-Wallis). Для определения статистически значимых различий между двумя сравниваемыми группами использовали критерий Стьюдента и Манна-Уитни (U). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$. Статистические взаимосвязи изучали при помощи непараметрического корреляционного анализа, выполняя расчёт коэффициентов корреляции рангов по Спирмену (R_s). При изучении личностных особенностей обследуемых пациентов производилась статистическая обработка результатов по методу «дерева классификации».

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА (Обзор литературы)

1.1. Клинико-эпидемиологические особенности алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста

Проблеме алкоголизма позднего возраста все чаще посвящаются работы как зарубежных, так и отечественных исследователей, что связано со старением населения планеты – объективным процессом, являющимся одной из важнейших социальных проблем (Анисимов В. Н., 2000; Miner S., Rich M., 2001). Старение населения, два десятилетия тому назад рассматривавшееся как феномен, относящийся исключительно к развитым странам, в настоящее время затрагивает весь мир (Gohen G. E., 2003; Kalache A., Gatti A., 2003), так как в настоящее время демографическая ситуация во многих странах характеризуется ростом численности лиц пожилого и старческого возрастов (Гаврилова С. И., 2003).

Пожилые люди старше 60 лет – самая быстро растущая группа населения России (Школьников В. М., Миле Ф., Вален Ж., 1995). Как считают специалисты, её численность на начало 90-х гг. по сравнению с 1959 г. удвоилась, а доля повысилась до 16 %. Ожидается, что к 2015 г. она достигнет 20 %. К этому времени каждый третий из числа пожилых будет относиться к группе самых старых (75 лет и старше). Прогрессирующий процесс старения населения приведет к существенному нарастанию как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих алкоголем пожилых лиц в популяции. Значительное увеличение доли регулярных потребителей алкоголя среди пожилых ожидается также в связи с тем, что вступающее в пожилой возраст следующее поколение принесет с собой и свои алкогольные обычаи, так как, несмотря на проводимые в последние десятилетия антиалкогольные мероприятия, душевое потребление алкоголя неуклонно растёт, главным образом за счет молодых трудоспособных возрастов (Немцов А. В., 1995; Четвериков Д. В., Семке В. Я., Бохан Н. А., Одарченко С. С., 2009).

Ранее считалось, что в общей популяции процент злоупотребляющих алкоголем прогрессивно снижается с увеличением возраста. Это тенденция связывалась с увеличением ответственности за собственную жизнь и здоровье, а также снижением социальной активности, что обуславливало снижение давления окружающей среды. С другой стороны, обращалось внимание на повышенную смертность больных алкоголизмом, не доживающих до старости (Abrams & Alexopoulos, 1987).

В Великобритании систематическое злоупотребление алкоголем в пожилом возрасте установлено в 7,5 % наблюдений, проведенных среди пациентов соматических отделений (Douglass R. L., 1988). Около полмиллиона мужчин и четверть миллиона женщин в возрасте старше 65 лет употребляют алкоголь в опасных для здоровья дозах. Существенное наличие регулярных потребителей алкоголя в пожилом возрасте объясняется тем, что часть из них, несмотря на повышенный риск смерти от различного рода причин, все-таки доживает до преклонного возраста.

Американские исследователи, оценивая число пожилых лиц зависящих от алкоголя приводят цифры от 2 до 20 %. Lewis и Sunderland (1991) утверждают, что от 10 до 15 % лиц старше 60 лет имеют проблемы с алкоголем. L. Bienenfeld (1987) считает, что по крайней мере 10 % американцев старше 65 лет имеют «проблемы с алкоголем», из них 8 % являются «алкогользависимыми». Такая вариабельность цифр связывается со следующими причинами.

1. Пожилые, как правило, недостаточно представлены в качестве клиентов/пациентов в системе здравоохранения, особенно как больные алкоголизмом. По разным причинам пожилые просто не пользуются медицинскими услугами. В 1989 г. Американскими институтами National Institute on Drug Abuse и National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism было проведено общенациональное обследование медицинских центров, занимающихся лечением алкоголизма. В результате одного из исследований выявлено, что «из 383 525 обследуемых только 22 235 (5,8 %) были в возрасте 55 лет и старше» (Schonfeld L., 1991). J. S. Siegel & M. Davidson (1984) сообщили, что число пожилых лиц 65 лет и старше (5,8 %) существенно ниже, чем в общей популяции США.

Значительный процент больных алкоголизмом не выявляется, в первую очередь потому, что большинство из них просто не попадает в систему социального обслуживания.

2. Отсутствует точный инструмент, позволяющий получить необходимую информацию о злоупотреблении алкоголем в позднем возрасте. Так, Schuckit (1977) настаивает на том, что точных данных по количеству больных алкоголизмом позднего возраста нет именно по этой причине. Критерии, которые обычно используются для идентификации злоупотребляющих алкоголем, не практичны для работы с пожилыми, что в значительной степени вызвано физиологическими изменениями, связанными с процессом старения. Умеренное потребление алкоголя, предшествующее старости, может и не приводить к видимым проблемам здоровья, но для пожилого человека спутанность сознания, падения, эмоциональная лабильность и неблагоприятные лекарственные взаимо-

действия могут быть симптомами умеренного потребления алкоголя (Bienenfeld L., 1987). R. Blake (1990) утверждает, что трудности, связанные с постановкой точного диагноза, более «фундаментальны, чем простое отсутствие инструментов, выявляющих характерные для пожилых людей признаки алкоголизма». Общие факторы, вызывающие трудности в определении пожилых алкоголиков, касаются поведения как самих алкоголиков, так и членов их семей, и включают в себя стыд, скрытность, спутанность сознания и несчастные случаи.

3. Важная причина – стыд. Пожилые пациенты и члены их семей часто испытывают глубокое чувство стыда, поэтому неохотно обращаются за профессиональной помощью, демонстрируя различные аспекты алкогольного поведения, в особенности отрицание болезни.

4. Попустительство родственников в отношении алкоголизации пожилых. Если пожилой человек своим поведением не доставляет проблем родственникам, то они зачастую поощряют потребление им алкоголя. Brown (1982) пишет о том, что в обществе существует «относительно низкий уровень обеспокоенности» по вопросам алкоголизма позднего возраста. Так, распространено мнение о том, что стариков нужно оставить в покое и позволить им делать то, что они хотят. К сожалению, эта позиция разделяется не только широкой общественностью, но и специалистами в области здравоохранения. В связи с тем, что серьезность алкоголизма позднего возраста часто недооценивается, его также называют «скрытым алкоголизмом».

5. Скрытность. В отличие от младших возрастных групп, склонных бурно объявлять о том, что они собираются «напиться», пожилые выпивают скрытно, без оповещения о своих намерениях. В сочетании с заинтересованностью семьи алкогользависимого держать болезнь как «семейную тайну», вероятность оказания помощи больному снижается. Butler, Lewis и Sunderland (1991) утверждают, что большое количество больных не выявляется, так как пьют они в пределах своей частной собственности. На основании опроса, проведенного Community Drug и Alcohol Commission of Abuse and Alcoholism [Pensacola, Florida], 76 % пожилых употребляют алкоголь только дома. В дополнение к трудностям выявления алкоголизма пожилые люди скорее всего посетят учреждения первичной медико-социальной помощи, обращаясь с проблемами, которые могут оказаться симптомами алкоголизма: депрессией, нарушениями питания, бессонницей, когнитивными проблемами и потерей интереса к жизни.

6. Пожилые пациенты и члены их семей часто приписывают симптомы алкоголизма процессу старения. Наиболее часто ошибочная диагностика специалистов общего профиля связана с тем, что поведе-

ние больных принимают за симптомы острой деменции, в особенности потерю памяти и дезориентацию (Atkinson R. M., 1991). Даже врачи и другие медицинские работники испытывают трудности в разделении симптомов алкоголизма и симптомов, связанных с процессом старения, из-за поразительной схожести поведенческих черт.

J. T. Hartford & O. J. Thienhaus (1984), объясняя эти ошибки, пишут следующее: «Нет ничего необычного в том, что социальные проблемы, связанные с алкоголизмом, часто принимают за социальные последствия процесса старения. Заболеваемость алкоголизмом среди пожилых людей составляет от 15 до 25 %. Даже имея сведения о том, что поздний алкоголизм является относительно распространенным явлением, на практике бывает чрезвычайно трудно отличить возрастные изменения от проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем».

7. Стереотипы в отношении больных алкоголизмом позднего возраста. A. Shipman (1990), специалист по токсикоманиям, оказывающая помощь пожилым людям, объясняет, что слово «алкоголик» обычно вызывает в воображении растрепанного человека, который в конце дня не может добраться до своей кровати, в квартире, захлавленной мусором и грязной одеждой. Такая картина может наблюдаться лишь иногда. Чаще дома или квартиры злоупотребляющих алкоголем лиц выглядят более аккуратно.

Гендерный аспект алкоголизма позднего возраста, как в России, так и за рубежом, чаще всего рассматривается с позиций увеличения относительного и абсолютного количества зависимых от алкоголя женщин (Верткин А. Л., 2008; Андреев Е. М., 2009; Бохан Н. А., 2000—2009).

По мнению профессора А. Ю. Егорова (2007), поздний алкоголизм в России, в отличие от США и Европы, где продолжительность жизни мужчин и женщин достаточно высока и сопоставима по продолжительности, имеет ряд особенностей, в значительной степени связанных с демографической ситуацией. По данным Госкомстата РФ, на настоящий момент в России среднестатистическая женщина проживает в положении вдовы не менее 15 лет. Особенности позднего алкоголизма в России позволяют говорить о «вдовьем алкоголизме», ведущим фактором возникновения которого является ощущение эмоциональной утраты, связанное с преждевременной смертью (уходом) супруга или сожителя.

Трудности выявления женщин, злоупотребляющих алкоголем, исследователи связывают с существованием общественного «табу» на женское пьянство. В отличие от пьяного мужчины пьяная женщина вызывает всеобщее отвращение, причем, по наблюдениям J. Curlee (1967), эти чувства иногда испытывают даже те женщины, которые сами больны алкоголизмом.

Такой социальный «запрет» играет роль своеобразного фильтра, через который проникают в поле зрения врача лишь наиболее тяжелые формы болезни. Речь идет о том, что в подавляющем большинстве случаев женщины «прячут» свое пьянство и не обращаются за лечебной помощью, опасаясь встретить осуждение или насмешку. По тем же причинам для женщин, больных алкоголизмом, предпочтительными являются сугубо женские лечебные сообщества или группы, которые обеспечивают большее взаимопонимание и взаимную поддержку, избавляя от негативных оценок (Kaskutas L., 1994).

Превентивные возможности общесоматической сети в отношении данного контингента больных ограничены несколькими причинами: игнорированием (возможно вследствие расширения алкогольной анозогнозии) пациентами своего алкогольно-обусловленного телесного неблагополучия и, соответственно, необходимости терапевтической интервенции. С другой стороны, алкогольно-обусловленная, часто рецидивирующая органопатология, рассматривается в интернистских коррекционных программах без учета алкогольной преморбидной «почвы», что существенно снижает эффективность лечения. (Гордеев Ф. Ф., 1974; Гофман А. Г., Куприянов А. М., Лакуста В. И., 1987).

Академик А. С. Тиганов (1999) отмечает, что проблема алкоголизма у женщин окутана множеством довольно устойчивых мифов, основанных на поверхностных впечатлениях. Среди них – мнение об особой тяжести, о меньшей курабельности заболевания, преувеличенные представления о роли психических травм, социальных стрессов, эмансипации в генезе злоупотребления алкоголем и др. Это делает необходимым детальное рассмотрение существующих в этой области фактов. Таким образом, вопросы, касающиеся распространенности позднего алкоголизма, его гендерной структуры, как в общем в России, так и в отдельных регионах, остаются открытыми. Кроме того, более глубокое изучение этих вопросов показывает, что существуют значительные внутригрупповые различия в клинике и течении алкогольной зависимости как у мужчин, так и у женщин. Так, например, западные исследователи позднего алкоголизма выделяют три категории пациентов: с ранним, поздним и скачкообразным (перемежающимся) началом заболевания.

Алкоголизм с ранним началом. Early-Onset Alcoholism (EOA). Алкогольная зависимость развивается до наступления позднего возраста. В этом случае используется термин «алкоголизм позднего возраста с ранним началом». Но исследователи расходятся во мнениях о том, когда начинается поздний возраст; так, началом позднего возраста считают 50, 55, 60 и 65 лет. Поскольку старение – процесс индивидуальный, проявление его признаков может значительно варьировать по времени.

Термины «рано начавшийся» или «длительно протекающий» алкоголизм используются для описания пожилых пациентов, имеющих длительную историю алкогольной зависимости. L. Schonfeld (1991) утверждает, что зависимые от алкоголя с ранним началом заболевания «хорошо знакомы медицинским работникам, они составляют около 70 % больных алкоголизмом позднего возраста».

Алкоголизм с поздним началом. Late-onset Alcoholism. Beechem (1997) сообщает, что термины «алкоголизм с поздним началом», «собственно алкоголизм позднего возраста» и «реактивный» алкоголизм в различных вариациях используются учеными для обозначения развивающейся алкогольной зависимости у пожилых как реакции на стрессовые ситуации позднего возраста (прежде всего потеря близких), количество которых значительно выше, чем в других возрастных группах. Так, N. Robertson (1991) связывает начало позднего алкоголизма с неразрешенными реакциями горя. Finlayson (1988), исследовав выборку из 211 пожилых лиц, зависимых от алкоголя, пришел к выводу, что у 81 % больных тяжелые стрессовые ситуации значительно ускорили развитие зависимости. Еще одно исследование показало, что вдовцы чаще, чем вдовы, страдают алкоголизмом позднего возраста (Stachler, 1991).

Считается, что поздно начавшийся алкоголизм лечится более успешно, чем алкоголизм с ранним началом, из-за меньшей продолжительности заболевания.

Перемежающийся (скачкообразный) алкоголизм. Intermittent alcoholism. Следующая, наименее изученная и редко диагностируемая разновидность позднего алкоголизма обозначается как «перемежающийся алкоголизм». У этих пациентов наблюдается злоупотребление алкоголем до наступления позднего возраста, но их алкогольное поведение клинически не вписывается в диагноз «алкогольная зависимость» (Zimberg S., 1978).

Однако в практической работе внутригрупповое деление на основании возраста начала злоупотребления алкоголем оказалось проблематичным вследствие алкогольной анозогнозии пациентов, расстройств памяти, желания произвести благоприятное впечатление на производящего опрос и скрыть наличие проблем, связанных с приемом алкоголя (в особенности у женщин), а также из-за значительных сложностей в разъяснении пожилому человеку того, что мы понимаем под «началом злоупотребления алкоголем», так как в представлении большинства пациентов алкоголь они употребляют «как все».

Таким образом, данные литературных источников свидетельствуют об эпидемиологическом неблагополучии и недостаточной изученности гендерных аспектов алкогольной зависимости позднего возраста.

1.2. Факторы риска формирования алкоголизма у лиц позднего возраста

1.2.1. Теории старения.

Связь процессов старения с алкоголизацией

Геронтопсихогигиена ставит проблему охраны психического здоровья пожилых людей в ряд важнейших задач современной геронтогигиены и общей геронтологии (Семке В. Я., 1999). Постепенный переход из периода зрелого возраста в пресенильный манифестирует зачастую выраженными «кризисными» явлениями, на фоне которых развиваются психопатологические расстройства. Существует множество теорий нормального и патологического (на фоне болезней) старения организма. Очевидно, что ни одна из них не может описать динамику старения из-за индивидуального характера этого процесса. Тем не менее некоторые аспекты этих теорий могут объяснить, как процесс старения и сопутствующие ему проблемы и трудности могут ускорить и/или спровоцировать развитие позднего алкоголизма. К ним относятся: теория активности, теория разъединения, теория модернизации, теория стигматизации и феноменологическая теория.

Теория активности постулирует, что существует положительная корреляция между высоким уровнем активности и высоким уровнем удовлетворенности жизнью. Она предполагает, что алкоголизация лиц позднего возраста прежде всего связана с сокращением тех видов деятельности, которыми был занят индивид в более ранние возрастные периоды. Пожилые люди, по каким-либо причинам не нашедшие подходящей замены тем видам деятельности, которыми они были заняты в молодости, быстрее алкоголизируются.

Теория разъединения, напротив, гласит, что пожилые должны уходить из общества для ведения пассивного, дремлющего образа жизни. Процесс взаимного разделения стареющего человека и общества естествен, неизбежен, а также необходим для «успешного» старения, так как деструктивные формы поведения (алкоголизация в том числе), приобретенные им в молодости, уже не могут проходить «бесследно», оказывая значительно больший вред.

Теория модернизации утверждает, что риск алкоголизации в позднем возрасте значительно повышается из-за снижения статуса пожилых лиц, вследствие развития современных технологий, экономической модернизации, урбанизации. Семья как ячейка общества разрушается, фактически вызывая устранение статуса старейшин – молодое поколение теряет свою связь с родителями, с развитием технологий молодежь получает возможность брать на себя позицию силы, когда-то занимаемую старшим поколением.

Также в конкурентной борьбе за противоалкогольное лечение между молодыми людьми и пожилыми, молодым трудоспособным работникам, необходимым для работы на технических должностях, будет отдаваться предпочтение перед пожилыми людьми, чья производительность, как считается, снижена, либо, в лучшем случае, находится в состоянии упадка.

Теория ярлыка постулирует, что ярлык, даваемый обществом индивидууму, оказывает значительное влияние на его поведение. Например, если пожилой человек, которому определили статус старика, демонстрирует связанное, разумное поведение, такое поведение будет игнорироваться или сводиться к минимуму, с убеждением, что у него сегодня «хороший день». Тем не менее обмолвки, забывание даты или любое изменение в привычках усилит «факт» старости. Вследствие тех же причин даже успешно выздоравливающие алкоголики испытывают трудности избавления от ярлыка алкоголизма.

Феноменологическая теория предполагает, что каждый человек имеет уникальную картину мира, обусловленную процессом социализации, то есть каждый человек воспринимает и интерпретирует мир явлений отлично от других. Эта теория последовательно описывает, как гендерная социализация в некоторых ситуациях закрепляет злоупотребление алкоголем у мужчин.

Ряд отечественных авторов (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000, 2002; Четвериков Д. В., 2002) также выделяют «аддитивные триггеры» в виде эндогенных (шизофрения, аффективные и шизоаффективные психозы, пресенильные и сенильные психозы, органические расстройства) и внешних причин (ситуации, связанные с острой или хронической фрустрацией, жизненной неустойчивостью, семейными конфликтами, переживаниями психической или физической измененности). Однако гендерный аспект влияния этих триггеров остается малоизученным.

Таким образом, выявление факторов риска, способствующих развитию алкогольной зависимости позднего возраста, является первоочередной задачей в процессе разработки профилактических мероприятий, направленных на устранение данной патологии.

1.2.2. Влияние социальных факторов на развитие алкоголизма у лиц позднего возраста

Негативное влияние внешних социальных факторов на психическое состояние пожилого человека рассматривалось многими отечественными исследователями (Халтурина Д. А., 2007; Бурлака О. П., 2007;

Измеров Н. Ф., 2010; Артюхов И. П., 2011). Считается, что для успешного преодоления кризисных психологических состояний, характерных для позднего возраста, индивид должен уметь преодолевать «власть воспоминаний», привязанность к прошлой социальной деятельности, что поможет в переживании чувства неостребованности, пустоты, одиночества (Кербилов О. В., 1962; Дроздов Ю. А., 1988; Дорогов П. П., 1997; Schimer M. R., Kahana J. S., 1992).

Возрастной социальный дискомфорт часто преодолевается с помощью легального и общедоступного наркотика – адаптогена алкоголя. Hurt (1998) приводит данные о том, что почти половина всех случаев алкогольной зависимости в возрасте старше 65 лет связана с началом злоупотребления алкоголем лишь после 60 лет. Выход на пенсию означает исчезновение целого ряда сдерживающих социальных факторов, таких как необходимость выхода на работу в трезвом виде, что способствует быстрому формированию систематического злоупотребления алкоголем в отличие от лиц трудоспособного возраста, где больше распространено так называемое «пьянство конца недели».

Гендерный аспект влияния социальных изменений на алкоголизацию чаще всего описывается исследователями женского алкоголизма. Западные ученые отмечают, 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 утверждали, 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., 1978).

Недавнее исследование особенностей влияния социальной роли женщины на развитие алкоголизма, проводившееся в рамках большого общеевропейского проекта «Потребление алкоголя и алкогольные проблемы среди женщин в странах Европы», выявило существенные этнокультуральные и возрастные различия между странами (Gmel G., Bloomfield K., Ahlstrom S., Choquet M., Lecomte T., 2000). Так, например, в Германии наибольший риск алкоголизма наблюдается у одиноких работающих женщин, как имеющих детей, так и бездетных, т. е. ведущим является фактор одиночества. В Швейцарии наибольшему риску подвержены женщины, исполняющие «нетрадиционные» для этой страны роли: замужняя женщина без детей либо одинокая женщина с детьми. В наиболее эмансипированной Финляндии наибольший риск алкоголизма у молодых социально неактивных женщин. Масштабное исследование, проводившееся в США, выявило, что уровень алкоголизации студенток колледжей существенно выше, чему их сверстниц,

колледж не посещавших (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., 2004). Уровень алкоголизма выше у домохозяек, чем у работающих на современном производстве (Wilsnack R., Klassen A., Wilsnack S., 1986).

К факторам риска развития женского алкоголизма можно отнести и микросоциальную среду. Как показали отечественные исследования, алкоголизм наиболее распространен у женщин, работающих в сфере обслуживания: у работников торговли и общепита, проводников.

Серьезным фактором риска развития алкоголизма у женщин, в том числе и в молодом возрасте, является влияние супруга, злоупотребляющего алкоголем. Давно известен факт, что у многих женщин, страдающих алкоголизмом, до 70 % мужей также злоупотребляют алкоголем (Wood H. P., 1996; Blume S. B., 1997). Л. К. Шайдукова (1993) 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 алкоголь является средством внутрисемейной адаптации.

Как показали зарубежные социодемографические исследования, увеличение употребления женщинами алкоголя после брака было напрямую связано с количеством алкоголя, которое потребляли до брака их мужья. В то же время паттерны употребления алкоголя у супругов после брака были сходными, что свидетельствует об одностороннем негативном влиянии мужей на жен в плане алкоголизации (Leonard K. E., 1999, 2003). Внутри семьи злоупотребляющие алкоголем супруги стимулируют друг друга к приему больших доз спиртных напитков (Leonard K. E., 1984). Алкоголизация супругов в браке в значительной степени напрямую зависит и от уровня алкоголизации их микросоциального окружения (Leonard K. E., 2000). В работе шведских исследователей также подчеркивается существенный риск развития алкогольной зависимости у женщин, проживающих со злоупотребляющими алкоголем партнерами (Annis H. M., Sklar S. M., Moser A. E., 1998).

Таким образом, в приведенных выше исследованиях говорится о том, что на процессы алкоголизации оказывает влияние трудовой статус и семейный статус, микросоциальное окружение, супруги, злоупотребляющие алкоголем, однако степень и характер влияния этих факторов, зависимость этого влияния от пола и возраста начала злоупотребления остаются малоизученными. Достоверных статистических данных, показывающих взаимосвязь между этими факторами и процессами алкоголизации, в особенности касающихся россиян, нам обнаружить не удалось.

1.2.3. Роль психогений в развитии алкоголизма у лиц позднего возраста

Риск алкоголизации у лиц позднего возраста повышается при наличии следующих психогений: тяжелая болезнь или утрата кого-либо из родных, близких; семейные (бытовые) конфликты, неурядицы; ломка привычного жизненного стереотипа; обострение или опасение затяжного соматического страдания; наличие телесных ощущений; неприятности по службе; материально-финансовые проблемы; сексуальное травмирование; переживание увядания, снижения потенции и либидо, утрата внимания со стороны партнера; актуализация дотоле малозначимых проблем и конфликтов; неизжитые душевные кризисы прошлого с оживлением устрашающих событий и впечатлений, пережитых «кошмаров», разочарований, нанесенных обид и оскорблений (Одарченко С. С., 2009).

Влияние психогений может быть снижено за счет внутренней готовности к процессу старения, а также сохранения всех прежних социальных контактов и связей, избегания ситуаций одиночества, планомерной подготовки выхода на пенсию (Семке В. Я., 2003). Для женщин чрезвычайно актуальна проблема переоценки наступающего климакса и связанной с этим утраты способности к деторождению, уменьшения диапазона сексуальной активности; для мужчин – ослабление полового влечения, снижение потенции. Пожилые сталкиваются с непропорционально большим количеством потерь, чем лица в любой другой возрастной группе. Katzenbaum (1995) использует термин «перегрузка утратами» со снижением контакта с окружающей средой и полным исчезновением интересов для описания ситуаций, с которыми сталкиваются пожилые люди. Перенесенное горе утраты и всё новые потери быстро сменяют друг друга, при этом способность эффективно их переносить уменьшается. L. Schneider (1984) и L. Lowy (1991) утверждают, что многочисленные потери, как правило, являются причиной того, что пожилые становятся «более уязвимыми для следующих потерь».

Если пожилому человеку, переживающему потерю, не оказывается помощь, то он, скорее всего, столкнется с депрессией. Многие пациенты, склонные брать пример с других людей, находящихся в подобной ситуации, так или иначе поощряют для себя переживание негативных эмоций, «накачивая» свою депрессию либо, напротив, стараются ее не замечать. Многие психиатры рекомендуют «проживать» горе, так как не пережитые негативные эмоции неизбежно приведут к той или иной форме депрессии, а эмоциональная боль, связанная с потерей, не может исчезнуть сама собой (Staudacher, 1991).

Все чаще западные специалисты, занимающиеся реабилитацией позднего алкоголизма, развивающегося в результате потери близких людей, признают, что выздоравливающим алкогользависимым необходимо выйти за рамки отрицания своего заболевания для достижения успеха в лечении. Более того, утверждается, что сам по себе отказ от алкоголя может явиться психотравмирующей ситуацией, вызывающей реакции, характерные для тяжелой утраты.

Элизабет Кюблер-Росс, по мнению многих специалистов в области здравоохранения, является пионером в области изучения процессов смерти и умирания, а также первой, кто сформулировал модель помощи умирающим через переживание скорби. Считается, что процесс отказа от алкоголя по модели Росс должен проходить через следующие состояния, соответствующие стадиям переживания горя: отрицание в виде отказа от признания себя алкоголиком; гнев в виде глубоких переживаний чувства бессмысленности жизни и досады на то, что в «пьяном бреду» проведено последние несколько лет; торговля в виде предложений выпивать «не слишком много»; депрессия, связанная с чувством глубокой потери прежнего образа жизни, чувства безопасности, дружеских отношений, ассоциирующихся у них с приемом спиртных напитков; принятие как этап, свободный от депрессии и гнева.

При этом Э. Кюблер-Росс (1974) отмечает, что не у всех пациентов процесс отказа от алкоголя проходит через вышеуказанные этапы. Некоторые состояния, переживаемые зависимыми от алкоголя в позднем возрасте, не могут быть соотнесены ни с одним из пяти компонентов ее пятиступенчатой модели, а эволюция состояний может происходить в ином порядке. Также она высказала предположение о том, что у некоторых пациентов этап депрессии может быть замещен процессом рефлексии (форма познания, теоретическая деятельность человека, направленная на осмысление своих собственных действий и оснований).

Исследования гендерных особенностей влияния психотравмирующих ситуаций на течение позднего алкоголизма чаще всего ограничиваются исследованием особенностей позднего женского алкоголизма. Результаты этих исследований зачастую противоречивы.

Отечественный исследователь позднего алкоголизма А. Ю. Егоров (2006) в обоснование своего понятия «вдовый алкоголизм» приводит следующие сведения. 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. Впереди – одинокая старость. К состоянию утраты самого близкого человека – мужа присоединяется ощущение полной безысходности.

В этом безысходном 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 злоупотребления алкоголем 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. Вместе с тем имеются указания, что именно в позднем возрасте у женщин результаты терапии алкоголизма лучше, чем у мужчин (Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C., 2004).

Е. Z. Hanna (1993) считает, что фактор одиночества имеет значение при развитии алкоголизма не только в позднем возрасте. Среди молодых женщин в возрасте от 24 до 32 лет после замужества или повторного вступления в брак отмечалось снижение употребления алкоголя, чем это было вне брака.

С приведенными выше мнениями не согласны С. Allan, D. Cooke (1985). Они считают, что 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. Однако само возникновение болезни объяснить ею 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).

Кроме того, некоторые отечественные исследователи высказывают мнение о том, что повышенное внимание женщин к психотравмирующим обстоятельствам связано с их реакцией на процесс стигматизации, имеющей место как в наркологической практике, так и в повседневной жизни. Женщины, злоупотребляющие алкоголем, «позитивизируют» свою зависимость перенесением акцента на внешние, ситуационные факторы.

Женщины гораздо более сильнее, чем мужчины, подвержены этому процессу (Wilsnack S. C., 1995; Bloomfield K., 2000), причем в большей степени одинокие женщины (Kessler R. C., Crum R. M., Warner L. A., Nelson C. B., Schulenberg J., Anthony J. C., 1997). Стигматизация (бытовая, административная и самостигматизация) во многом влияет на осо-

бенности формирования, течения и исходы женского алкоголизма (Шайдукова Л. К., Овсянников М. В., 2005). Как показали исследования, проведенные Л. К. Шайдуковой (1994, 1996), 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 тщательным сокрытием алкогольной симптоматики, преуменьшением ее глубины, что воспринимается окружающими как особый вариант их лживости.

Весьма популярное мнение о том, что рост распространенности алкоголизма у женщин связан с повышением присущих современной цивилизации стрессовых нагрузок противоречит некоторым фактам, свидетельствующим, например, о том, что работающие на производстве семейные женщины в меньшей степени подвержены риску заболеть алкоголизмом, чем домохозяйки (Wilsnack S. et al., 1986).

Таким образом, гендерный аспект влияния психотравмирующих обстоятельств (одиночество, развод, смерть супруга и др.) на течение алкоголизма позднего возраста нуждается в более глубоком изучении. Мы не нашли литературных данных о том, как влияют данные обстоятельства на развитие мужского алкоголизма, также нет сведений, ограничивающих влияние психотравм на пожилых больных, начавших злоупотребление в раннем возрасте и больных, обратившихся за помощью после 60 лет.

Следующим фактором, влияющим на течение алкоголизма, в особенности женского алкоголизма, принято считать наследственность.

1.2.4. Роль наследственности в формировании алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

Как показали исследования, проведенные сотрудниками Национального научного центра наркологии (Москва), наследственная отягощенность алкоголизмом у женщин встречается вдвое чаще, чем у мужчин, и по данным некоторых исследователей доходит до 90,0 %. Особенно это положение относится к отягощенности алкоголизмом матери: у мужчин, она составляет 5,0 %, а у женщин – 22,0 % (Альтшулер В. Б., 2002). В целом же алкоголизм среди родственников первой и второй степени родства выявляется у 76,0 % больных женщин (Позняк В. Б., 1991). Отягощенность другими психическими заболеваниями у больных алкоголизмом женщин в 3 раза выше, чем у мужчин (Короленко Ц. П. и др., 1988).

Зарубежные исследования также подтверждают, что наследственная отягощенность алкоголизмом у женщин почти в 2 раза превышает таковую у мужчин (Addictive Behaviors, 2004). Большинство исследователей связывают это с врожденной пониженной реакцией на этанол у дочерей алкоголезависимых (Lundahl L. H., Lukas S. E., 2001). В свою очередь наследственная отягощенность обуславливает более тяжелое клиническое течение: меньшие сроки ремиссий, меньшая эффективность терапии и т. д. (Фасхутдинова Г. Г., 2008; Тараскина А. Е., 2009; Кибитов А. О., 2010; Бисалиев Р. В., 2010). 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).

Отечественные исследователи дифференцируют клиническую симптоматику алкоголизма на аддиктивную (признаки зависимости) и токсикогенную (признаки последствий хронической интоксикации) (Иванец Н. Н., Валентик Ю. В., 1988), что помогает выделить некоторые особенности алкоголизма у женщин, отличающие их от мужчин. Так, считается, что аддиктивная симптоматика (структура патологического влечения к алкоголю, психопатология абстинентного синдрома, «алкогольные сновидения», нравственно-этический компонент алкогольной деградации) тесно связана с наличием или отсутствием семейной отягощенности алкоголизмом. Токсикогенная же симптоматика (интеллектуально-мнестическое снижение, соматические и неврологические нарушения) не коррелирует с алкогольной наследственностью.

Сравнение двух групп больных женщин – с отягощением наследственности алкоголизмом родителей и без отягощения – показало, что этот фактор отчетливо влияет как на скорость формирования зависимости от алкоголя (прогредиентность алкоголизма), так и на ее симптоматику (ААС, патологическое влечение к алкоголю), но не имеет прямого отношения к распространенности и тяжести последствий токсического действия алкоголя. В частности наследственная отягощенность алкоголизмом коррелирует с большей прогредиентностью, с большей распространенностью психопатологических расстройств в структуре ААС, с большей частотой «алкогольных» сновидений, с преобладанием генерализованной формы патологического влечения к алкоголю. В противовес этому не обнаруживается даже незначительных межгрупповых различий по интеллектуально-мнестическому снижению, которое в первую очередь относится к токсикогенным расстройствам.

Таким образом, большинством исследователей не подвергается сомнению факт влияния патологической наследственности на клинику и течение алкогольной зависимости, однако остается открытым вопрос о том, как патологическая наследственность влияет на возраст начала злоупотребления алкоголем.

Следующим фактором риска развития позднего алкоголизма признаются преморбидные и коморбидные алкоголизму психические заболевания, протекающие на фоне старения.

1.2.5. Роль преморбидных и коморбидных психических и неврологических расстройств в развитии алкоголизма у лиц позднего возраста

Влиянию преморбидных особенностей личности на течение алкогольной зависимости посвящено большое число работ отечественных и зарубежных ученых (Клименко Т. В., 2007; Уваров И. А., 2009; Имам-ов, Ш. А., 2009). Говоря о влиянии преморбидных особенностей личности на течение алкогольной зависимости, необходимо сказать несколько слов о том, как, по мнению исследователей, собственно принадлежность к мужскому и женскому полу влияет на алкоголизацию.

Silverstein и Rashbaum (1994) утверждают, что «различная способность для установления близких отношений» воспитывается у мужчин и женщин с детства и не может быть объяснена только биологией. Мальчики учатся быть «храбрыми и мужественными», подавляя свои чувства, поскольку они играют в так называемые мальчишеские игры, девочки учатся выражать свои чувства и эффективно налаживать коммуникации. В результате этого не удивительно, что молодые девушки играют роль воспитателей в супружеских отношениях; и эта роль, как правило, неудобна для мужчин, не получивших такую социализацию в детстве.

Н. Goldberg (1976) описывает непропорциональное влияние женщин в первые годы развития – мамы, бабушки и учительницы. Между тем отец, как правило, является фоновой фигурой, который часто находится вдали от дома. «И все же к возрасту пяти или шести лет мужчина волшебным образом становится для мальчиков примером мужественности, вплоть до вхождения во взрослую жизнь». Он настаивает на том, что настоящий мужчина должен отречься от своих внутренних переживаний, связываемых с женским влиянием, стать «мужчиной-мачо», а не «маменькиным сынком». Goldberg (1976) приписывает гендерной трансформации феномен «формирования реакции», психологического защитного механизма, который направляет поведение субъекта в противоположные крайности.

J. Levin (1997) предполагает, что существует взаимосвязь между чувством «мужского шовинизма» и злоупотреблением алкоголем и предлагает свежий взгляд на взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и гендерной социализацией: «...есть заслуживающая внимания гендерная специфика в том, как мужчины начинают пить и употреблять наркотики».

К особенностям потребления алкоголя женщинами можно отнести стремление снять так называемое предменструальное напряжение. Мнимое спокойствие после приема алкоголя в дальнейшем может приводить к развитию зависимости.

Другой источник женской половой дисфункции, влияющий на алкоголизацию, связан с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) от сексуальных травм. Чтобы уменьшить эмоции страха, связанные с сексуальным насилием, женщины, ставшие его жертвами, становятся алкоголичками и наркоманками (Khantzian E. J., Halliday K. S. & McAuliffe W. E., 1990). Russell (1986) сообщает, что от одной пятой до одной трети женщин подвергается сексуальному насилию. Teusch (1997) настаивает на том, что в программу реабилитации женщин, зависимых от химических веществ, должны быть включены исследования, касающиеся сексуального насилия, в составе «интегрированного подхода к лечению».

Многие женщины, восстанавливающиеся от алкоголизма и наркомании, проводят многие годы, ориентируясь на потребности своих партнеров и не имея никакого представления о том, как быть сексуально удовлетворенными ими (Covington, 1991). Всего лишь 30 % женщин в общей популяции сообщают о перенесенном оргазме во время полового акта (Hite S., 1976).

Что касается мужчин, то у аддиктологов широко распространено мнение о том, что с хроническим алкоголизмом часто связано мужское сексуальное неблагополучие. Хотя алкоголь, как правило, считается афродизиак, угнетающим процессы торможения, хронический алкоголизм, вероятнее всего, является причиной сексуальной дисфункции. Другими словами, эпизодическое потребление алкоголя может усилить сексуальное функционирование из-за «снижения импульсного контроля», в дальнейшем злоупотребление алкоголем, скорее всего, будет оказывать обратный эффект. Сообщается, что «алкоголь может привести к атрофии яичек и нарушениям в выработке спермы из-за снижения уровня тестостерона» (Fishbein D. H., Pease S. E., 1996). Проблема разделения биологических от психосоциальных особенностей старения по-прежнему остается открытой, особенно применительно к мужской импотенции, так как симптомы определенно схожи. Нигде так очевид-

но не проявляется взаимодействие «души и тела», как при импотенции. Как считают западные реабилитологи, в связи с тем, что импотенты и аноргазмичные женщины составляют значительную часть пожилых лиц, имеющих проблемы с алкоголем, сексуальная дисфункция должна быть интегрирована в схему их лечения.

Таким образом, вопросы, касающиеся гендерных особенностей потребления алкоголя (первая проба алкоголя, мотивация потребления, начало злоупотребления), остаются открытыми и представляют как научный так и практический интерес.

Влияние преморбидных особенностей личности на течение алкогольной зависимости не подвергается сомнению большинством исследователей, однако единого мнения по этому вопросу до сих пор нет (Бохан Н. А., 1997—2010; Агibalова Т. В., 2004; Вишневская О. П., 2006; Агафонова С. С., 2007; Голенков А. В., 2010).

Исследователи, рассматривающие алкоголизм с динамических позиций (Сегал Б. М., 1967; Jellinek E., 1960), считают, что, оценивая прогностически суммарное воздействие биологических, психологических и социальных факторов на формирование основных симптомов алкоголизма, можно перейти к следующему: прогрессивности течения болезни способствуют отклонения психофизического развития (конституционально или соматогенно-экзогенно обусловленные), препятствующие адекватному «впечатыванию» индивида в социальные, правовые и этические предписания современного общества; наличие психологического «дефекта личности»; комплекс социальных воздействий микросреды. С этих позиций следует признать правомерным высказывание А. Д. Дембо (1910): «Пьют независимо от характера, но в зависимости от характера пьют по-разному и по-разному развивается заболевание».

По данным зарубежных исследователей (Ross H. E. et al., 1988; Schuckit M. A., Monteiro-Maristela G., 1988), чаще всего среди больных алкоголизмом встречаются: социопатии (свыше 50 %), фобии (36 %), депрессии (26 %). Среди мужчин социопатии преобладают над депрессиями (20 % против 5 %), среди женщин – наоборот (у 20 % – депрессии и у 5 % – социопатии).

Как отмечалось ранее, нерешенные вопросы, связанные с потерей близких, являются общими предшественниками для клинической депрессии. Мужчины, страдающие алкоголизмом, чаще всего страдают депрессией после начала злоупотребления, тогда как для женщин все наоборот, депрессия чаще предшествует алкоголизму. Независимо от того, когда наступает депрессия, один факт остается бесспорным: алкоголь как вещество, угнетающее ЦНС, значительно усиливает депрессию.

Старческая депрессия, при которой алкоголь выступает средством самолечения, становится причиной злоупотребления алкоголем у пожилых лиц в 15 % всех случаев злоупотребления (Adams W. L., 1996). Агорафобия у пожилых женщин часто становится причиной злоупотребления алкоголем, который используется ими для преодоления боязни открытого пространства каждый раз перед тем, как выйти из дома. Без алкоголя они не решаются покинуть помещение, указывают авторы.

Как показывают данные двух крупных эпидемиологических исследований коморбидных состояний, проведенных в США в конце 80-х начале 90-х гг. XX века, основным типом аддиктивного поведения, ассоциированного с поздними депрессиями, является алкогольная зависимость. На большом материале, включавшем несколько десятков тысяч человек, показано, что эти пациенты, как минимум, в 2 раза в большей степени подвержены риску развития у них параллельных наркологических расстройств и формированию коморбидных состояний. Экстраполируя полученные данные, R. C. Kessler (1994) считает, что в 1989 г. не менее 10 миллионов американцев страдали психическими расстройствами и принимали психоактивные вещества в связи с процессом деинституализации.

В исследовательской программе ECA (Regier D. A. et al., 1990, 1998; Robins L. N. et al., 1991, 1995) участвовал 21291 респондент в возрасте 18—89 лет. Они были случайно отобраны в 5 штатах США в 1980—1984 гг. У 23 % обследованных выявлены психические расстройства в течение жизни. 29 % из них сообщили о наличии наркологических проблем, причем в пятой части случаев (5,9 %) они были связаны с употреблением неалкогольных ПАВ.

Пожилые пациенты с ассоциированными депрессивными расстройствами чаще лечатся по поводу потребления алкоголя, чем пациенты с наркологическими расстройствами, однако лишь 14 % из них проходят лечение по поводу обоих состояний.

Диагностические критерии DSM-III, используемые в ECA, недостаточно четко дифференцировали наблюдаемые аффективные расстройства — они статичны, поэтому эквивалентно описывают как специфические наркологические расстройства, так и аффективные феномены, не связанные с приемом наркотиков. К тому же ECA не представляет данных по коморбидным расстройствам, дифференцированных по нозологическим, половозрастным и социально-экономическим показателям.

Таким образом, распространенность депрессивных расстройств среди пожилых потребителей наркотиков и алкоголя в обществе намного выше, чем предполагалось ранее.

В американской психиатрической литературе опубликовано достаточное количество работ, посвященных отдельным популяционным аспектам коморбидных состояний у пожилых, детально рассмотренных в большом обзоре (Detrick A., 1992). Большинство из них ориентированы преимущественно на социальную интерпретацию получаемых данных и видят причину коморбидных расстройств во внешних факторах — в бедности (Sameroff A. J., 1995), в безработице, в бездомности (Schuckit M. A., 2000).

Известный американский исследователь в области наркологии M. A. Schuckit (1997—2000) показал, что аффективная патология в преморбиде встречается у 15—20 % женщин и только у 5 % мужчин, страдающих алкоголизмом. Кроме того, те же авторы сообщают о более частом присутствии в преморбиде у женщин-алкоголичек фобических, тревожных расстройств, а также посттравматического стрессового расстройства. О прямой зависимости между тревогой/депрессией и алкоголизмом у женщин в сравнении с мужчинами говорят и недавние австралийские исследования (Alati R., Kinner S., Najman J. M., Fowler G., Watt K., Green D., 2004). Это полностью подтверждается данными других авторов (Frye M. A., Altshuler L. L., McElroy S. L., Suppes T., Keck P. E., Denicoff K., Nolen W. A., Kupka R., Leverich G. S., Pollio C., Grunze H., Walden J., Post R. M., 2003) о повышенном риске алкоголизма у женщин с биполярным аффективным расстройством по сравнению с мужчинами, имеющими то же расстройство. В целом авторы приходят к выводу, что алкоголизм у женщин связан с биполярным расстройством и полисубстантным употреблением ПАВ в анамнезе, в то время как у мужчин алкоголизм больше связан с алкогольной наследственностью и биполярным расстройством. Показано, что именно депрессия и повышенный личностный нейротизм (по Айзенку) являются основными предикторами развития женского алкоголизма, в то время как стрессовые воздействия вносят лишь дополнительный вклад, ложась на патологическую «почву» (King A. C., Bernardy N. C., Haune K., 2003). Именно из-за выраженного аффективного компонента алкоголизма женщины обращаются за помощью не в связи с алкогольными проблемами, как мужчины, а из-за эмоциональных проблем (Allen L. M., Nelson C. J., Rouhbakhsh P., Scifres S. L., Greene R. L., Kordinak S. T., Davis L. J. Jr., Morse R. M., 1998).

Это согласуется с литературными данными о наличии преморбидных психопатических черт у девушек с ранним алкоголизмом (Владимиров Б. С., 1993), поведенческих расстройств (Moss H. B., Lynch K. G., 2001) и частых аффективных нарушений у женщин, злоупотребляющих алкоголем. На большее число преморбидных личностных рас-

стройств у девочек, злоупотребляющих алкоголем, по сравнению с мальчиками, указывают П. И. Сидоров и А. В. Митюхляев (1987). Женщины, страдающие алкоголизмом, при исследовании с помощью Каролинской личностной шкалы, по сравнению с контролем, продемонстрировали большую тревожность, чувствительность, социальный конформизм, импульсивность, раздражительность, повышенную утомляемость, неудовлетворенность предыдущей жизнью и опытом детства (Ostlund A., Spak F., Sundh V., 2004). Асоциальное расстройство личности встречается у женщин с алкоголизмом в 1,5—3 раза реже, чем у мужчин (Schuckit M. A., 1997). Немецкие исследователи выявили достоверное повышение баллов по шкале нейротизма в тесте Айзенка у женщин-алкоголичек по сравнению с мужчинами, причем это было единственное достоверно значимое отличие (Weijers H. G., Wiesbeck G. A., Wodarz N., Keller H., Michel T., Boning J., 2003). Тенденция к суицидным попыткам в абстинентном состоянии у женщин выражена также сильнее (до 35 % от общего числа). Кроме того, имеются данные, что патологический преморбид более выражен у женщин, злоупотребляющих алкоголем, в сочетании с другими психоактивными веществами (Hallman J., Persson M., Klinteberg B., 2001).

Н. Г. Шумский (1983), Г. С. Сопник (1985), обследовав женщин, страдающих алкоголизмом в сочетании с аффективными расстройствами, нашли, что до появления у них алкоголизма периодически отмечалось плохое настроение, суицидальные мысли.

Ф. Ф. Гордееня (1974) обнаружил, что из 350 женщин, больных алкоголизмом, у 26 % до его формирования имели место различные невротические расстройства, а у 40 % – психопатические особенности, которые, по мнению автора, имеют большее значение в развитии у них алкоголизма, чем у мужчин. Вопреки этому мнению, И. В. Стрельчук (1973) отмечает, что эти особенности выражены у женщин не более, чем у мужчин. Предрасполагать к развитию алкоголизма у женщин могут и другие, субклинические нарушения личности. А. П. Стаценко (1980), обследовав 150 женщин до 30 лет, пришел к выводу, что всем им была свойственна примитивность личности: потребность в общении у них сочеталась с затруднениями в ее реализации, поэтому они ограничивались неглубокими формальными контактами.

Вместе с тем имеются указания, что депрессивные переживания могут быть вторичными по отношению к алкоголизму и, как правило, наиболее выражены в абстинентном состоянии. Это, возможно, связано с тем, что в отличие от мужчин у женщин злоупотребление алкоголем сопровождается усилением интраперсональных проблем: выражены конфликтность, депрессии (Robbins C., 1989).

Немецкие исследования указывают также на высокую корреляцию социальной фобии и панических атак в преморбиде у девушек с развитием алкоголизма в подростковом и молодом возрастах (Zimmermann P., Wittchen H. U., Hofler M., Pfister H., Kessler R. C., Lieb R., 2003).

Однако не все отечественные исследователи согласны с утверждениями о том, что алкоголизм развивается на фоне специфических личностных расстройств. Как показали исследования, проводимые С. С. Одарченко, сам факт вычленения в преморбидной структуре лиц противоположных типов делает сомнительной постановку вопроса о специфичности преалкогольной личности, попытку описания «алкогольной» личности. К числу последних относится характеристика, данная Э. Бехтелем (1984) преалкогольной, «аструктурной» личности, которой присущи отсутствие стойких интересов, установок, ценностных ориентаций, повышенная конформность и внушаемость, низкий культурный уровень, склонность к пустому времяпрепровождению.

Согласно данным И. Г. Уракова, А. Л. Игониной (1979), быстрее всего алкоголизм формируется у лиц, которые начали употреблять спиртные напитки с целью «компенсировать» личностные особенности.

В. Я. Семке и О. З. Голубков полагали, что по мере развития заболевания у большинства больных обнаруживаются стойкие патохарактерологические изменения: на раннем этапе – по типу усиления, гипертрофии прежних личностных качеств, в дальнейшем – по линии деформации или трансформации личностного склада, чаще в русле астенического и истерического вариантов патологического развития с нивелированием индивидуальных черт личности. Быстро наступающее снижение интеллекта, заострение истерических радикалов личности и столь же быстрое снижение морального и социального облика позволяют расценить эти изменения как характерные для женского алкоголизма. Фактически речь идет о формировании патологического развития личности, описанного ранее (Семке В. Я., 1988) в рамках нажитой экзогенно-органической личностной дезинтеграции.

В. М. Банщиков и Ц. П. Короленко (1987) рассматривают алкоголизм под углом патологического развития личности, что позволяет представить алкогольную болезнь как динамический процесс, движущей силой которого является взаимодействие между факторами личности. Это взаимодействие опосредуется экзогенно-органическими и соматогенными влияниями. В дальнейшем по мере развития алкогольной зависимости психологические и средовые факторы уступают свое место биологическим, а характерологические и микросоциальные особенности влияют уже на прогрессивность заболевания и длительность ремиссии.

Говоря о коморбидных позднему алкоголизму психических расстройствах, нельзя не сказать о когнитивных изменениях, связанных как с процессом старения, так и с воздействием алкоголя. Хотя большинство экспертов соглашаются, что многие пожилые подвергаются когнитивным изменениям, связанным с процессом старения, существуют различные теории, иногда противоречащие друг другу, о том как алкоголь влияет на познавательные функции. Т. Р. Beresford (1995) пишет, что «степень снижения когнитивных функций в результате злоупотребления алкоголем пожилыми лицами не ясна».

Чрезвычайно интересен и далек от разрешения вопрос о гендерных соотношениях при алкогольном поражении сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной и нервной систем (Бохан Н. А., 2000, 2005; Хохрина Н. Т., Гофман А. Г., Узбеков М. Г., Сорокина З. Х., 2006; Мазурчик Н. В., Мартынов А. Ю., 2007; Огурцов П. П., 2007; Морозов Л. Т., 2007; Ерохин Ю. А., 2009; Говорин А. В., 2009, 2010; Ванчакова Н. П., 2011).

Известно, что эти соотношения значительно различаются при разных формах металкогольных расстройств: например, алкогольная полинейропатия наблюдается с примерно одинаковой частотой у мужчин и женщин с некоторым перевесом в сторону последних, тогда как алкогольная дегенерация мозжечка у мужчин встречается в 3,6 раза чаще, чем у женщин (Дамулин И. В., 2005).

Таким образом, вопросы изучения взаимосвязи тяжести алкоголизации и когнитивных нарушений, а также различий в развитии других коморбидных алкоголизму психических расстройств у мужчин и женщин сохраняют свою научную и практическую значимость.

1.3. Клинико-динамические особенности алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста

Большинство вопросов, касающихся клиники и течения алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, остаются открытыми. Прежде всего приведем аргументы исследователей, считающих, что алкоголизм лиц позднего возраста имеет более благоприятное течение, чем в других возрастных группах.

В. Б. Альтшулер (1999) отмечает, что в пожилом возрасте алкоголизм развивается на фоне разнообразной соматической отягощенности, что приводит к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению органической окраски клинической картины и быстрому развитию алкогольной психической дегенерации. Прекращение профессиональной деятельности, потеря близких

и друзей, одиночество пожилого человека также неблагоприятно сказываются на прогнозе заболевания. Вместе с тем, по мнению автора, патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется сравнительно небольшой интенсивностью. В этих условиях сдерживающую роль играют опасение за свое здоровье, тягостное состояние похмелья, снижение толерантности к алкоголю. Это способствует мотивации, успешно конкурирующей с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение отличаются медленными темпами. Таким образом, заключает автор, «одни и те же обстоятельства обуславливают весьма разные варианты течения алкоголизма в пожилом возрасте».

Американские исследователи пришли к похожим выводам о том, что утяжеление соматического состояния значительно снижает риск дальнейшей алкоголизации. Проводя десятилетнее лонгитудинальное исследование на выборке из 1291 человека пожилого возраста, имевших алкогольную зависимость, они обнаружили, что снижение кратности и количества потребления алкоголя, продолжительность ремиссий, положительно коррелирует с утяжелением соматических симптомов. Вместе с тем стрессовые ситуации приводят к усилению потребления алкоголя (Moos, Shutte, Brenen, Moos, 2004).

М. А. Schuckit (2000) считает, что течение алкоголизма у пожилых пациентов в принципе сходно с таковым в молодом возрасте, хотя имеются важные исключения: 1) возможно, у 1/3—1/2 мужчин и женщин, зависимых от алкоголя в возрасте 50—60 лет, не отмечается прогрессивного усиления зависимости после 40 лет; 2) вероятно, пожилые люди с алкоголизмом менее зависимы от влияния родственников, злоупотребляющих алкоголем, чем лица молодого возраста; 3) у пожилых людей чаще отмечаются соматические проблемы, вызванные алкоголизмом, и реже — проблемы с полицией, работой и случаи насилия, чем среди «молодых» алкогользависимых.

Р. Е. Finlayson (1998) также отмечает, что в значительной степени на клинику и течение алкоголизма позднего возраста оказывают влияние факторы, связанные со старением, прежде всего соматическое неблагополучие. В целом лица, у которых алкоголизм развивается в позднем возрасте, реже имеют семейные/генетические предпосылки для развития этого недуга, так как при наличии таких факторов риска алкоголизм проявляется ранее. Кроме того, пожилые люди, страдающие алкоголизмом, чаще принадлежат к более высокому социально-экономическому слою общества, чем те, у кого симптомы алкоголизма проявляются в более молодые годы (Finlayson R., Hurt R., Daivis J., Morse R., 1998).

Другие исследователи (Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х., 1987), напротив, считают, что в пожилом возрасте стадии алкоголизма формируются быстро. За 3—4 года развивается похмельный синдром, понижается толерантность, изменяется личность. У пожилых людей чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма всегда более злокачественное, с быстрым темпом развития и неблагоприятным исходом. И. Г. Ураков и В. В. Куликов (1973) считают, что у лиц, начинающих злоупотреблять после 50 лет, формирование «осевых симптомов алкоголизма» ускорено. Также нет единого мнения о том, какой алкоголизм имеет более злокачественное течение – женский или мужской.

У женщин есть биологические предпосылки к более тяжелому его течению: меньший, чем у мужчин, процент воды в организме и, как следствие, более высокая удельная концентрация алкоголя в крови при прочих равных условиях; меньшая, чем у мужчин, активность желудочной алкогольдегидрогеназы и даже отсутствие ее у больных алкоголизмом женщин; более высокая всасываемость алкоголя из желудка в предменструальном периоде, ведущая к выраженной интоксикации.

Злокачественность женского алкоголизма, по мнению В. Б. Альтшулера, С. Л. Кравченко (2004), 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 относят: 1) отсутствие семейного алкоголизма; 2) возраст начала злоупотребления после 25 лет; 3) преобладание стенических черт характера (синтонность).

Как показали L. Beckman, H. Amero (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 не соответствующей выраженности патологического процесса. Вопросам реабилитации женщин, больных алкоголизмом, уделяется недостаточно внимания, так как некоторые авторы (Арипов А. И., 1982; Артуховкина О. Д., 1987), считают, что больные алкоголизмом женщины некурабельны по сравнению с мужчинами.

Определены факторы, способствующие развитию тяжелого алкоголизма у женщин, на основании масштабного 5-летнего исследования, проводившегося в США: 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 (Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., 1995).

Большинство исследователей (Гузикив Б. М., Мейроян А. А., 1988; Шабанов П. Д., 1999; Морозов Г. В., Рожнов В. Е., Бабаян Э. А., Альтшулер В. Б., 1999, 2000, 2002; Satre D. D., Mertens J. R., Weisner S., 2004) пишут, что женский алкоголизм по сравнению с мужским чаще развивается в более позднем возрасте (в среднем на 5 лет), хотя в последних работах имеются указания на стирание возрастных различий (Weijers H. G., Wiesbeck G. A., Wodarz N., Keller H., Michel T., Boning J., 2003). Отечественные исследователи (Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х., 1987; Энтин Г. М., 1990) отмечают его особую тяжесть и злокачественность. Имеются данные, что эффект 14-недельной психофармакотерапии сертралином у женщин хуже, чем у мужчин (Pettinati H. M., Dundon W., Lipkin C., 2004). У женщин наблюдается относительно быстрый переход от привычного пьянства к алкоголизму, более прогрессивное течение, раннее формирование деградации личности и высокая терапевтическая резистентность (Потапов А. И., Петров М. И., 1975; Ширяев О. Ю., 1975).

M. N. Hesselbrock (1981) приводит данные о том, что формирование и течение алкоголизма у женщин характеризуется более поздним началом заболевания (у женщин – в среднем 25,6 года, у мужчин – 21,8 года), но прогрессирует быстрее, и 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).

Тем не менее другие исследователи (Гузикив Б. М., Мейроян А. А., Пятницкая И. Н., 1998) не разделяют точку зрения о большей злокачественности женского алкоголизма, подчеркивая противоречивость данных и невозможность четко измерить величину этого показателя. По мнению R. Wilsnack (1984), симптоматика алкоголизма у женщин несколько мягче, чем у мужчин, а результаты лечения несколько лучше.

Гендерные различия обнаружены и в причинах рецидивов алкоголизации. Так, канадские ученые обнаружили тенденцию, что у женщин причиной рецидива чаще всего бывает ситуация, связанные с негативным аффектом (отрицательные эмоции, конфликт с близкими), в то время как у мужчин рецидив чаще связан с пьющим окружением (Allen L. M., Nelson C. J., Rouhbakhsh P., Scifres S. L., Greene R. L., Kordinak S. T., Davis L. J. Jr, Morse R. M., 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).

В. Я. Романова и И. М. Виш (1972) показали, что соответствующий реабилитационный подход обеспечивает ремиссии более года у 63,6 % женщин, больных алкоголизмом. В. Е. Егорова (1986), проводя катamnестическое исследование 66 женщин, в 41,7 % случаев обнаружила, что в течение 5 лет они находились в стойкой ремиссии. И. Г. Ураков, В. В. Куликов (1973) сравнивали показатели ремиссии у женщин и мужчин. По ремиссиям 1—2 года эти показатели были схожи, а по ремиссиям 2—5 лет у женщин показатели были выше.

Считается, что на уровне поведенческих реакций алкоголизм у женщин имеет ряд характерных проявлений: пренебрежение морально-этическими нормами общежития, невозможность нормального контроля над эмоциями, гиперимпульсивность реакций, демонстративность, истеричность, инфантильность, агрессивность и т. д. На это указывают как отечественные (Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю., 1987), так и зарубежные исследователи (Parker J. et al., 1983).

Уровень психической дезадаптации женщин, больных алкоголизмом, как правило, выше, чем у мужчин. Нормализация психического состояния женщин занимает больше времени, чем у мужчин, и нередко находится в прямой зависимости от нормализации соматического статуса, нарушенного длительной алкоголизацией (Еникеева Д. Д., 1985). Одной из особенностей клинической динамики алкоголизма у женщин являются также резкое преобладание периодических форм злоупотребления алкоголем (свыше 82 %) и раннее возникновение периодичности. Последнее касается не только псевдозапоев, но и истинных запоев. В соответствии с приведенным ранее мнением С. Г. Жислина (1965), это означает более быстрое, по сравнению с мужчинами, вовлечение в болезненный процесс диэнцефальных структур мозга.

По мнению В. Б. Альтшулера, в клинике женского алкоголизма наблюдается иное, по сравнению с мужчинами, соотношение компонентов синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА). Имеет место редукция идеаторного компонента. Это проявляется, как правило, в отсутствии «идейной платформы» пьянства, т. е. системы оправданий, доказательств неизбежности, планирования, внятных объяснений случившихся или будущих выпивок. Такая «обезглавленность» ПВА наблюдается в двух вариантах.

Первый из них имеет характер «пассивного непротивления». Оно заключается в том, что больные беспрекословно подчиняются требованиям лечебного режима, охотно лечатся, сообщают о неизменно хорошем самочувствии. Однако сразу же после выписки домой, при первой же встрече с собутыльниками без колебаний принимают приглашение употребить спиртное и затем погружаются в тяжелое пьянство.

Второй вариант получил название пароксизмального, так как протекает приступами. Чаще всего пароксизмальное ПВА имеет сходство с импульсивностью, поскольку здесь поступок (прием алкоголя) опережает решение, т. е. совершается по типу «короткого замыкания» — без раздумий, колебаний, планирования, взвешивания «за» и «против». В таких случаях все попытки выяснить у больной, каким было ее состояние, оканчиваются безрезультатно. При втором варианте за патологическую основу ПВА В. Б. Альтшулер берет теорию хронического эпилептогенеза в лимбических структурах головного мозга (Ballenger J. S., Post R. M., 1978).

1.4. Метаболические аспекты патогенеза алкоголизма у лиц позднего возраста

В настоящее время исследования алкоголизма и процессов старения охватывают различные отрасли науки, начиная от экологии и популяционной генетики и заканчивая эмбриологией, цитологией и молекулярной биологией.

Злоупотребление алкоголем в пожилом возрасте может начаться при относительно меньшей массивности и регулярности, чем в трудоспособных возрастах. Это обусловлено возрастным снижением содержания воды в организме, необходимой для растворения алкоголя и, соответственно, большей алкогольной интоксикации и тех же дозах (Vestal R., 1987), т. е. возникает феномен хронической алкогольной интоксикации при относительно малом его потреблении.

В последнее время к неблагоприятным соматическим факторам, свойственным пожилому возрасту, присоединилась и алиментарная недостаточность, приводящая к более токсическому поражению ЦНС при алкоголизме. В связи с этим в последние годы чаще отмечаются факты «галопирующего» течения алкоголизма у стариков. Нарастающая цереброваскулярная недостаточность в сочетании с токсическим действием алкоголя и алиментарной недостаточностью приводят к быстрому формированию корсаковского синдрома разной степени выраженности, характеризующего исход хронического алкоголизма (Надеждин А. В., 2002).

Последние научные исследования показывают, что женщины иначе, чем мужчины, метаболизируют алкоголь, и что они более уязвимы для повреждения алкоголем внутренних органов. У пожилых, как правило, снижено количество желудочной АДГ, а так как женщины имеют еще меньший уровень АДГ, чем мужчины, они особенно уязвимы для повреждающего воздействия алкоголя. Другой возможной причиной,

объясняющей половые различия в концентрации спирта в крови, являются неординарный метаболизм этанола из-за взаимодействия АДГ с женскими половыми гормонами, сниженная концентрация АДГ в желудке наряду с ускоренным метаболизмом этанола в печени (Thomasson H. R., 1995).

Кроме того, женщины имеют меньшую, чем у мужчин, массу тела, что также приводит к более высокой концентрации алкоголя в крови при приеме сопоставимых доз спиртных напитков. По данным National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, женщины более склонны иметь алкогольные повреждения печени и головного мозга.

Алкогольная патология печени у женщин отличается большей тяжестью, чем у мужчин, несмотря на в среднем меньшие дозы потребляемого алкоголя и более короткий предшествующий период злоупотребления спиртным. Причины этих различий – в особенностях женской гормональной сферы, с которыми связано накопление в печени жирных кислот (Johnson R., Williams R., 1985; Barrison I. G. et al., 1987).

Являясь следствием алкогольной болезни, нарушения функций печени в дальнейшем приобретают самостоятельную патогенную и патопластическую роль, определяя неблагоприятное течение алкоголизма – более глубокую степень алкогольной деградации, кратковременность и неустойчивость ремиссий, длительные запои, тяжёлый абстинентный синдром и др. (Абдуллаев Т. Ю., 2001).

Как правило, сочетание процессов старения и потребление алкоголя представляет потенциальный риск для здоровья. Алкоголь имеет тенденцию вызывать сильные реакции у лиц пожилого возраста в значительной степени, потому что алкоголь усваивается медленнее, чем у молодых, оставаясь в крови на более длительный срок. Алкоголь, в особенности у алкогользависимых, может вызывать острые реакции при взаимодействии с лекарственными препаратами. А. Lawson (1989) подчеркивает, что взаимодействие лекарственных препаратов и алкоголя может приводить к спутанности сознания, седации, в некоторых случаях к смерти. Вместе с тем W. L. Adams (1997) пишет, что фактических данных о побочных действиях препаратов при взаимодействии с алкоголем нет.

Существенная роль в патогенезе алкогольной болезни большинством исследователей сегодня отводится нарушениям функций моноаминергической нейромедиаторной и гипоталамо-гипофизарно-адреналовой (ГГАС) систем. Между тем известно, что обмен биогенных моноаминов и функция ГГАС значимо трансформируется в позднем возрасте.

Все более актуальной темой современных исследований является участие свободнорадикального окисления в патохимии алкогольной зависимости и процессах старения организма. Усиление генерации активных форм кислорода (АФК), выраженные проявления оксидативного стресса сопровождают как процесс старения, так и любые проявления алкоголизма. Очевидно, что алкоголь и процесс старения взаимно дополняют свободнорадикальные повреждения тканей, а алкогольная зависимость в позднем возрасте по этой причине может иметь значительные патохимические отличия от таковой у лиц трудоспособного возраста.

К настоящему времени накоплен обширный фактологический материал, проливающий свет на свободнорадикальные механизмы возрастных заболеваний и процесса старения, патохимию алкогольной зависимости и алкогольных поражений внутренних органов. Однако в большинстве имеющихся работ проблема трансформации свободнорадикальных процессов в условиях алкогольной зависимости позднего возраста представлена разрозненными сведениями.

1.4.1. Свободнорадикальное окисление в условиях алкогольной зависимости

Согласно современным данным, при алкоголизме, также как и в процессе старения, формируется состояние окислительного стресса (Фонякова О. Г., 1996; Болдырев А. А., 1998; Суханова Г. А., 2000; Бохан Н. А., 2004; Koch O., 1991). В то же время узловым этапом развития алкоголизма считается становление абстинентного синдрома (Шабанов П. Д., 2002), при котором неэффективность АОЗ также определяет возможность формирования окислительного стресса (Marotta F., 1997). Считается, что метаболические эффекты этанола и продуктов его распада во многом связаны с трансформацией окислительно-восстановительного статуса в клетках (Coudray C., 1993; Hagymasi K., 2001; Szuster-Ciesielska A., 2001), причиной которого является алкоголь-индуцированная гиперпродукция активных форм кислорода (Fink R. et al., 1985; Kurose I. et al., 1997; Lieber C. et al., 2000; Dupont I. et al., 2000; Reinke L. et al., 2002; Wu D. et al., 2003; Li Y. et al., 2004; Pemberton P. et al., 2005).

Образование свободных радикалов при длительном употреблении алкоголя возможно в результате функционирования систем второстепенных, по сравнению с дегидрогеназной, активность ферментов которой, по данным В. Е. Высокогорского (1986), может меняться под влиянием этанола и ацетальдегида.

Генез свободнорадикальных соединений связывают с работой цитохром Р450-зависимой этанолюкисляющей системы, локализованной в мембране гладкого эндоплазматического ретикулума. Минорная, по сравнению дегидрогеназной, роль микросомальной этанолюкисляющей системы возрастает при хронической алкоголизации, обеспечивая возникновение негативных последствий употребления алкоголя, включающих дополнительное образование ацетальдегида, повышение толерантности больного к действию спиртного, а также интенсификацию перекисного окисления липидов (Афанасьев В. В., 2002; Cederbaum A., 2001; Kessova I., 2003).

Существуют и другие АФК-продуцирующие системы, участвующие в метаболизме этанола. Ксантиноксидаза, фермент, участвующий в терминальных этапах пуринового обмена, осуществляет трансформацию ацетальдегида в ацетат. Между тем ксантиноксидаза является основным ферментом, определяющим стационарный уровень супероксидных анион-радикалов в клетках (Шелепина Е. П., 1990), а процесс ее активации сопряжен с генерацией супероксидного аниона и пероксида водорода (Castro G., 2001). Участие ксантиноксидазы в развитии биохимических и морфологических проявлений действия алкоголя подтверждается исследованиями Н. Kono et al. (2000).

При этом известно, что молекулы этанола при взаимодействии с гидроксильным радикалом образуют 1-гидроксиэтильный радикал. Таким образом, сам по себе этиловый спирт при определенных условиях может оказать проокислительное действие (Арчаков А. И., 1989). Гидроксиэтильный радикал взаимодействует с кислородом, формируя пероксильный радикал, дальнейшая перестройка которого приводит к освобождению ацетальдегида и супероксида (Qian S., 1999; Welch K., 2002).

Таким образом, к уже существующим системам генерации АФК при хроническом алкоголизме значимый вклад в развитие окислительного стресса вносят еще, как минимум, три фактора: 1) система цитохром-Р450-зависимых монооксигеназ, 2) ксантиноксидаза, 3) метаболические пути, связанные с генерацией гидроксильного радикала.

Изменение окислительного статуса является одним из ключевых патохимических звеньев в развитии поражений различных органов и систем при алкогольной интоксикации.

Значительное количество работ посвящено изучению свободнорадикальных механизмов развития алкогольной болезни печени, одним из важнейших механизмов которой считается формирование алкогольно-индуцированного окислительного стресса (Fernandez-Checa J. et al., 1997; Altomare E. et al., 1998; Scott R. et al., 1999; Zhou J. et al., 2001; Wheeler M. et al., 2001; Volkela W. et al., 2005).

Указывается на процесс окислительной модификации белков как на патохимическую основу поражения печени (Бабанин А. А., 2008; Rouach N., 1997). Влияние этанол-опосредованной генерации свободных радикалов может проявляться активацией протоонкогенов, окислительным повреждением ДНК, изменениями клеточного цикла и регуляции апоптоза в гепатоцитах (Spyridopoulos I., 2001; He L. et al., 2006).

Продемонстрировано токсическое влияние алкоголя на нервную ткань, причем токсичность этанола в отношении нервных клеток может быть опосредована через свободнорадикальные механизмы (Huentelman M., 1999; Ikonomidou C., 2000; Goodlett C., 2001). Ряд исследователей указывает на процесс окислительной модификации белков как на патохимическую основу поражения головного мозга (Беленичев И. Ф. и др., 2011; Das S. K., 2007) при хроническом употреблении алкоголя. Активные формы кислорода при алкоголизме играют отрицательную роль и в инициации нейроапоптоза (Губский Ю. И. и др., 2005; Buttke T. M., Sadstrom P. A., 1994; Carmody R. J., Cotter T. G., 2001; Dhar-Masareno M. et al., 2005). Среди факторов запуска апоптоза следует отметить образование активных форм кислорода в процессе «извращенного» пути окислительного метаболизма в клетке (Завалишин И. А., Захарова М. Н., 1996; Беленичев И. Ф., 2008; Xie Y. W., Wolin M. A., 1996). Об изменении стационарности процессов свободнорадикального окисления в наиболее тяжелый период алкогольной болезни – период абстиненции – свидетельствуют результаты экспериментальных и клинических исследований, а также использование некоторыми авторами термина «абстинент-индуцированный окислительный стресс» (Marotta F., 1997).

Известно, что хроническое потребление алкоголя приводит к изменениям морфологии эритроцитов, обусловленным усилением окислительной модификации их мембранных белков (Бохан Н. А. и др., 2005), вызванной накоплением ацетальдегида (Tyulina O. V. et al., 2006). Кроме того, были выявлены корреляционные взаимосвязи между количеством ежедневно употребляемого алкоголя и плазменным уровнем окислительной модификации белков (Grattagliano I. et al., 1995).

В настоящее время установлен факт вовлеченности дофамин- (Анохина И. П., 1992), серотонин- (Афанасьев В. В., 2002; Gordis E., 1997), опиатергических (Ашмарин И. П., 1996) систем в патогенез алкоголизма. Между мужчинами и женщинами выявлены существенные различия не только в склонности к злоупотреблению алкоголем, но и в реакции организма на алкоголь (Devaud и др., 1999; Piano M. R., и др., 2005). Существуют многочисленные половые различия метаболизма этанола, связанные с гормональными, генетическими и экологическими факторами (Ramchandani и др., 2001), но вопрос половых различий в патохимии алкоголизма позднего возраста остается открытым.

1.4.2. Клинически значимые особенности метаболизма при алкоголизме у лиц позднего возраста

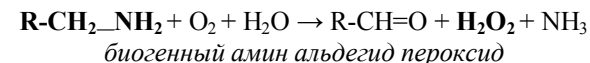
Нарушения обмена серотонина. С. R. Cloninger (1987) et al. были определены два типа алкоголизма, которые связаны с возрастом начала симптомов заболевания. По мнению этих авторов, при алкоголизме I типа имеют место более позднее начало злоупотребления алкоголем, слабая наследственная предрасположенность, меньшая частота и выраженность психотических нарушений, относительно мягкое течение, меньшее количество соматических осложнений и лучший прогноз. II тип алкоголизма развивается в относительно раннем возрасте, является социально более разрушительным, имеет большее количество и выраженность психотических нарушений, отличается тяжестью симптомов, антиобщественными чертами личности, плохим прогнозом. Предполагается, что каждый из двух типов алкоголизма имеет различный нейробиологический фон: I тип алкоголизма основан, главным образом, на избытке норадреналина в ЦНС, II тип – на дефиците серотонина (Cloninger C. R. et al., 1987).

Серотонинергическая дисфункция вовлечена в различные виды психопатологических состояний, таких как антисоциальные расстройства личности, алкоголизм, депрессия с суицидальным поведением, антисоциальное поведение с агрессией, обсессивно-судорожные синдромы, психозы, расстройства пищевого поведения, наркомания и шизофрения (Insel T. R. et al., 1990; Lucki I. et al., 1998; Kaneda Y. et al., 2001; Elhwuegi A. S. et al., 2004; Pivac N. et al., 2004).

Имеется предположение о том, что лица с относительно ранним началом клинических симптомов алкоголизма проявляют антисоциальное поведение и имеют генетические дефекты серотонинергической системы (Virkkunen M. et al., 1996; Schmidt L. G. et al., 1997). Поскольку прямой количественный анализ серотонина в головном мозге не представляется возможным в практике клинических исследований, а синтез, хранение и высвобождение тромбоцитарного серотонина фактически воспроизводит соответствующие процессы в центральных серотонинергических нейронах, определение содержания серотонина в тромбоцитах периферической крови используется в качестве модели для оценки деятельности серотонинергических нейронов центральной нервной системы (Mendelson S. C., 2000). Существуют данные (Bailey C. et al., 2000), согласно которым содержание серотонина в тромбоцитах снижается во время употребления спиртного лицами, страдающими алкогольной зависимостью, и возникает в результате снижения синтеза серотонина, снижения его обратного захвата и повышения высвобождения в тромбоцитах, что ассоциируется с повышением активности моноаминоксидазы (МАО). Основной путь метаболизма серотонина –

это его окислительное дезаминирование под действием МАО (Yu P. M., 1995). Обнаружено, что концентрация тромбоцитарного серотонина значительно снижается при алкоголизме. При этом значительно более низкой концентрация серотонина оказалась у больных со II типом алкоголизма по сравнению с I типом. Поскольку принято считать, что снижение концентрации тромбоцитарного серотонина может быть результатом снижения его синтеза, поглощения, увеличения количества тромбоцитов, высвобождения или увеличения дезаминирования серотонина под действием МАО, снижение уровня тромбоцитарного серотонина связано с уменьшением его количества в ЦНС.

Известно, что копродуктом окислительного дезаминирования биогенных аминов под действием моноаминоксидазы является пероксид водорода (H_2O_2), который участвует в дальнейшей генерации активных форм кислорода, с последующей активацией как липопероксидации, так и окисления белков.



По этой причине МАО сегодня рассматривается не только как один из ключевых ферментов обмена биогенных аминов, но и как активный участник свободнорадикальных процессов, в определенных ситуациях ответственный за проявления оксидативного стресса (Горкин В. З., 1981; Волчегорский И. А., 2000; Андреев, А. Ю., 2005). Поэтому МАО можно рассматривать как метаболическое звено, осуществляющее взаимосвязь между обменом биогенных аминов и свободнорадикальным окислением. А трансформация каталитических свойств данного фермента может привести к повреждениям внутренних органов за счет активации свободнорадикального окисления. В частности показано, что глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназа и моноаминоксидаза играют важную роль в клеточной дисфункции в стрессовых условиях, что может привести к этанол-индуцированному повреждению клеток нервной ткани, а фармакологическая регуляция активности данных ферментов способна предупредить патохимические последствия подобного рода (Ou X. M. et al., 2010).

Трибулин. В 1980 г. V. Glover et al. впервые обнаружили МАО-ингибиторную активность мочи человека. Авторы не смогли связать этот эффект ни с одним из известных в то время компонентов мочи. Удалось лишь приблизительно установить молекулярную массу активного компонента. В последующем установлено, что МАО-ингибиторное действие мочи нарастает в условиях психоэмоционального напряжения, что легло в основу группового названия этих соединений – трибулин (от англ. tribulation – горе, несчастье, страдание).

Ряд авторов предлагает использовать трибулиновую активность мочи человека как маркер стресса и тревоги (Satyan K. S. et al., 1995; Bhattacharya S. K. et al., 2000), а некоторые из исследователей трибулина предполагают, что компоненты трибулина являются физиологическими регуляторами работы ЦНС (Glover, 1993, 1998; Clow et al., 1997). Повышение уровня трибулиновой активности мочи обнаруживалось при алкогольной абстиненции. Предполагают, что в подобных условиях повышение содержания трибулина в организме может выполнять функции защитного механизма, препятствующего истощению тканевых резервов катехоламинов (Горкин В. З., Овчинникова Л. Н., 1993).

Таким образом, к настоящему времени накоплен обширный фактологический материал, проливающий свет на патогенетические пути трансформации обмена серотонина при алкоголизме. Однако большинство имеющихся работ выполнено с использованием материала, полученного от лиц трудоспособного или подросткового возрастов. Учитывая актуальность проблемы алкоголизма у пожилых людей, мы попытались восполнить имеющуюся нехватку данных.

Нарушения функций нейроэндокринной системы. Алкогольная зависимость большинством исследователей рассматривается как система поражения не только ЦНС, но и организма в целом, при этом изменяются функции нейроэндокринной системы, которым отводится одно из ведущих мест в патогенезе алкоголизма. В работах ряда отечественных и зарубежных авторов освещены изменения, вызывающие нарушения функции гипофиза и коры надпочечников при хронической алкогольной интоксикации. Алкоголь может нарушать регуляцию и функционирование желез внутренней секреции. Это влияние реализуется на разных уровнях: гипоталамическом (рилизинг-факторы), гипофизарном (тройные гормоны и гормоны аденогипофиза), исполнительных органах эндокринной системы. Злоупотребление алкоголем существенно нарушает адаптацию за счет снижения секреции АКТГ и глюкокортикоидных гормонов. При синдроме отмены алкоголя активируется весь каскад запуска гормонов стресса. Уровень кортизола резко повышается, что может вызывать нейротоксические эффекты, свойственные этому острому состоянию. Доказано, что степень активации гипоталамо-гипофизарно-адреналокортикальной системы (ГГАС) прямо пропорциональна степени тяжести синдрома отмены.

В то же время существенную роль в развитии алкоголизма играет такой фактор, как стресс. Злоупотребление алкоголем зачастую ассоциировано с воздействием различных стрессоров (Linsky et al., 1985; San Jose et al., 2000; Dawson et al., 2005). Нормальный нейроэндокринный ответ на стресс определяется адекватной реакцией ГГАС. Он за-

ключается в координации сложных взаимодействий ряда нейромедиаторных систем (Tsigos C. et al., 1995, 2002), направленных на адаптацию к стрессовой ситуации, и характеризуется быстрым увеличением синтеза и секреции кортикотропин-рилизинг-гормона, АКТГ и кортизола даже после прекращения воздействия стрессора (de Kloet R., 2004). При этом как сильно ослабленная, так и чрезмерно расширенная гормональная реакция на стресс не является нормальной и может быть причиной как психических нарушений, так и нарушений обмена веществ (McEwen, 1998). Действительно, ряд расстройств (тревога, депрессия), как известно, влияет на реакцию ГГАС и имеет взаимосвязи с наследственной предрасположенностью к алкоголизму (Carroll, 1982; Holsboer F. et al., 1987; Waltman C. et al., 1994; Dai X. et al., 2002; Jezova D. et al., 2004; Yehuda R. et al., 2004; Heim C. et al., 2004; Young E. et al., 2004; Zimmermann P. et al., 2004; Munro C. A. et al., 2005). Однако механизмы, лежащие в основе отношений между стрессом и алкоголизмом, до сих пор остаются не ясны.

Еще в 1956 г. Conger предложил гипотезу, согласно которой потребление алкоголя снимает тревогу и, следовательно, помогает человеку справиться со стрессом. Результаты многочисленных исследований, посвященных этой тематике, имеющихся на сегодняшний день, весьма противоречивы. В частности показано, что потребление алкоголя, уровень тревоги и активность ГГАС далеко не всегда имеют такую очевидную взаимосвязь (Cappell H. et al., 1972; Hodgson et al., 1979; Cappell H., Greely, J., 1987; Pohorecky, 1991) и зависят от ряда факторов, среди которых дозы и кратность употребления алкоголя (Klatsky et al., 1977; De Turck and Vogel, 1982; Kelbaek et al., 1985; Ireland et al., 1984; Marmot, 1984), а также субъективное состояние исследуемых пациентов (Pohorecky, 1981, 1991).

Таким образом, нарушения нормального функционирования ГГАС могут быть как одной из причин алкогольной зависимости, так и оказывать значимое влияние на течение заболевания и его исход, а своевременное выявление и коррекция этих нарушений может существенно улучшить результаты его лечения (Dai X., 2007).

По адаптационно-регуляторной теории, дисфункция ГГАС также играет большую роль в развитии процесса старения (Фролькис В. В., 1981). Автор концепции утверждает, что благодаря деятельности мозга в ходе возрастного развития мобилизуются приспособительные механизмы, направленные на увеличение продолжительности жизни, сохранение адаптации к среде. Но когда возрастные нарушения возникают в самих центральных механизмах регуляции, то это приводит к ограничению адаптационных возможностей и старению целостного организма.

Действительно, данные многочисленных экспериментальных и клинических исследований убедительно демонстрируют снижение адаптационной способности стареющего организма (Кветная Т. В. и др., 2005; Sapolsky R. M. et al., 1986; Seeman T. E., 1994; Pedersen W. A. et al., 2001; Smith R. G., 2005), а дисфункция ГГАС при старении рассматривается как один из ведущих факторов нарушения адаптивных способностей организма и развития возрастной патологии. При этом механизмы патологических изменений при возрастной дисфункции ГГАС весьма разнообразны: увеличение секреции кортизола, снижение продукции дегидроэпиандростерона и дегидроэпиандростерона сульфата, увеличение продукции аргинина-вазопрессина (Hatzinger M. et al., 2000), нарушения регуляции ГГАС по механизму отрицательной обратной связи (Gust D. et al., 2000), нарушения циркадианного ритма секреции кортизола, дисбаланс в свободнорадикальном окислении (Гончарова Н. Д. и др., 2002, 2005, 2007; Toutou Y., Haus E., 2000; Ferrari E. et al., 2001; Pedersen W. A. et al., 2001; Goncharova N. D. et al., 2002, 2004, 2006; Smith R. G., 2005).

Из исследований последнего десятилетия, посвященных изучаемой проблеме, заслуживают внимания работы Department of Psychiatry, University of California School of Medicine, San Francisco, California, USA, где детально исследованы основные пути воздействия хронического стресса на метаболизм и процессы старения. Данные этих исследований демонстрируют, как стресс-индуцированный метаболический дисбаланс (например, высокий уровень кортизола, глюкозы и инсулина, низкий уровень андрогенов и гормонов роста) может привести к окислительному стрессу и системному воспалению, которые, в свою очередь, усугубляют процессы старения (Epel E. S., 2009; Wolkowitz O. M. et al., 2010; Beery A. K. et al., 2012; O'Donovan A. et al., 2012, 2013).

Таким образом, хронический стресс является лишь одним из наиболее важных факторов, влияющих на старение клеток. Нарушение структуры клеточных мембран и изменение функциональной активности рецепторного аппарата за счет свободнорадикальных продуктов в первую очередь связано с окислительной деструкцией белков и липидов. Выявленное повышение интенсивности окислительной модификации белков плазмы крови у больных психическими расстройствами (Дубинина Е. Е. и др., 2002) фактически отражает общую направленность свободнорадикальных процессов, в частности окисления белков во всем организме, в том числе в мозговой ткани. Учитывая большую и разнообразную функциональную нагрузку белков в тканях, их окислительная модификация может носить, в отличие от пероксидации липидов, более избирательный и специфический характер при различных патологических состояниях (Дубинина Е. Е. и др., 2002).

Таким образом, как при алкогольной зависимости, так и в процессе старения наблюдаются значительные и во многом схожие нарушения функции гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы. Подобного рода модификации нейроэндокринной регуляции влекут за собой срыв адаптационных механизмов и, как следствие, развитие различных патологических изменений, которые во многом обусловлены интенсификацией свободнорадикального окисления.

Приближаясь к заключению, нельзя не отметить, что развитие «болезней адаптации», по господствующим сегодня представлениям, связано с перепроизводством глюкокортикоидов в результате нарушения регуляции в ГГАС по «длинной петле отрицательной обратной связи». Однако есть данные и другого характера, в которых акцентируется внимание на сниженный уровень гормонов коры надпочечников при патологии стрессорного характера. В настоящее время это доказано при хронической боли (Heim C., 1998), синдроме хронической усталости (Juster R. P. et al., 2011), фибромиалгии (Maes M. et al., 1998). Показано, что при синдроме посттравматического стрессорного расстройства, формирующегося у участников боевых конфликтов (Pitman R., 1990; Baker D., 1999), лиц, переживших различного рода жизненные драмы (жертв изнасилований (Bicanic, I. A. et al., 2011—2012), больных, страдающих различными фатальными заболеваниями – от онкологической патологии до ВИЧ-инфекции (Glover D., Poland R., 2002; Norbiato G., 2012) наблюдается длительное снижение уровня кортизола. Ряд исследователей полагает, что именно сниженный уровень глюкокортикоидов определяет «степень тяжести» ПТСР (Yehuda R., 1995, 1996, 1999, 2002; Xiang W., Ferrell J., 2005; Steudte S. et al., 2011; Vinther F., Andersen M., Ottesen J. T., 2011).

К сожалению, до настоящего момента отсутствуют данные о взаимосвязях между дисфункцией ГГАС и нарушениями свободнорадикального окисления при алкоголизме позднего возраста. В связи с этим актуальность представляют исследования, направленные на изучение возрастных и половых особенностей функционирования ГГАС и свободнорадикального окисления при алкоголизме позднего возраста.

1.5. Реабилитационно-профилактическая помощь лицам позднего возраста, страдающим алкогольной зависимостью

В России ранняя постановка больных на профилактический учет сопряжена с большими трудностями (Борисова К. В., 1977; Морозов Г. В., 1983; Анохина И. П., 1987; Бехтель Э. Е., 1988). Это связано с низкой выявляемостью алкогольной зависимости не только на поздних, но и на ранних стадиях заболевания, в особенности у женщин.

По мнению Б. М. Гузикова, А. А. Мейрояна (1988), это прежде всего связано с игнорированием наличия у женщин, страдающих алкоголизмом, высоких моральных и этических ценностей, что неоправдано с научной точки зрения и недопустимо с деонтологической, ибо может стать непреодолимым препятствием для установления психотерапевтического контакта. Такое положение вещей способствует длительному сокрытию симптомов заболевания, что приводит к утяжелению состояния.

На западе вопросы профилактики позднего алкоголизма решаются в основном с помощью семейных врачей, так как семейный врач находится в идеальной ситуации для выявления позднего алкоголизма на ранних стадиях патологического процесса.

В России роль семейного врача выполняет участковый терапевт, который чаще всего не имеет достаточной настороженности для выявления наркологической патологии. Если проявления алкогольной зависимости становятся очевидными, то они игнорируются как мишени психотерапевтической беседы, в особенности, если симптомы алкоголизма выявляются у пожилых пациентов. Это связано с представлениями о том, что убедить пожилого человека прекратить либо сократить потребление алкоголя практически невозможно. Все разговоры о том, что соматическое состояние такого пациента напрямую связано со злоупотреблением алкоголем, заканчиваются в лучшем случае отрицанием злоупотребления, а в худшем – потерей комплаентности, с дальнейшим негативизмом по отношению ко всем рекомендациям данного врача.

Комплексное сложное биопсихосоциальное проблемное положение пожилых и старых людей требует совершенной интеграции медико-гериатрических, социотерапевтических и психотерапевтических мероприятий с целью выработать особую форму психотерапевтического сервиса у людей во второй половине жизни. В конкретном плане этот вид терапии рассмотрен G. Neuft (1997). В понимании дифференцированной роли и места психотерапии пожилых людей автор ссылается на термин «невротический ядерный конфликт», который переживается на ранних этапах онтогенеза личности. Речь идет о повторной активации через телесный процесс старения, патогенной мощности хронизированных личностно-подобных расстройств. Он преодолевается через устранение переживаний утраты («в старости нужно примириться с утратами и настроиться на смерть»), прежде всего путем применения психотерапевтической терапии (групповой или индивидуальной). В группе психоанализ содействует «построению нового чувства собственной ценности» и способствует переработке «травматического опыта».

При когнитивно-поведенческой психотерапии процессы научения облегчаются посредством индивидуальных тем нахождения равновесия между когнитивными и мотивационными системами. В многонедельных программах в стационарных лечебных учреждениях предлагаются методы аутотренинга. Метод клинической трансперсональной психотерапии основан на понимании путей реализации лечебного воздействия как управляемого психотерапевтом процесса активизации защитных механизмов психобиологической адаптации в измененных состояниях сознания. Пожилые люди легче связывают текущие жизненные конфликты с прошлым, успешно реагируют на интерпретации и избавление от комплексов, усиливая психологические ресурсы оптимистического настроения на будущее. Основной задачей для психотерапии является преодоление психотравмирующей обстановки, социального чувства неминуемых потерь по ходу старения, научение оптимальным способом адаптации к новым условиям существования.

Возрастные особенности личности стареющих пациентов требуют повторения, закрепления лечебного эффекта с использованием прямого и косвенного внушения, эмоционального воздействия путем рационального формирования отношения к болезни и лечению. С наилучшим успехом рациональная психотерапия достигается при психогенных депрессивных реакциях, обусловленных недавней утратой близких и связанных с тяжелым заболеванием (нозогении), при хронических конфликтных ситуациях.

К сожалению, в России для многих пожилых пациентов психотерапевтическое сопровождение остается недоступным, это прежде всего связано с тем, что у врачей-психотерапевтов нет необходимых навыков для работы с данной категорией больных. Подавляющее большинство обучающих семинаров, посвященных психотерапевтическому воздействию, нацеливают врача на работу с пациентами трудоспособных возрастов. Большинство молодых психотерапевтов неохотно берутся за работу с пациентами, имеющими когнитивный дефицит. По нашему мнению, это связано с отсутствием простых и понятных для выполнения методик психотерапевтического воздействия на стареющего пациента, имеющего проблемы с потреблением алкоголя, а также четких критериев положительного и отрицательного результата этого воздействия.

Несмотря на то что 9 % пожилых людей нуждаются в психотерапевтическом лечении, только 1 % применений такого лечения был инициирован самими пожилыми (Одарченко С. С., 2010). Лицам старших возрастных групп не достает способности вербализировать свои эмоциональные проблемы, что является фактической прерогативой выражения желания психотерапии.

Соотношение методов лечебно-коррекционного воздействия зависит от клинического и патогенетического содержания непсихотического расстройства, использования компенсаторно-приспособительных механизмов. Медикаментозная терапия основывается на общих принципах гериатрической фармакотерапии. По данным Н. М. Михайловой (2002), положительный эффект у этих больных достигает 75 % (включая значительное улучшение в 38 % случаев). Эффективность лечения непсихотических депрессий у пожилых пациентов общей практики в несколько раз превосходит результаты лечения депрессий у пожилых в условиях психиатрического стационара, что, естественно, в первую очередь обусловлено различиями тяжести состояний и структуры депрессий.

Однако следует отметить, что большинство врачей общей практики не имеют достаточной подготовки для выявления у пожилых пациентов непсихотических психических расстройств, в свою очередь являющихся почвой для развития алкогольной зависимости. Не разработан алгоритм консультирования пациента терапевтического профиля, позволяющий заподозрить наличие у него проблем с употреблением алкоголя с дальнейшим направлением для получения психотерапевтической или специализированной наркологической помощи. Психозомональные расстройства, связанные с употреблением алкоголя, чаще всего расцениваются врачами общей практики как возрастные изменения, являющиеся следствием атеросклеротического процесса сосудов головного мозга. Наркологическая помощь пациентам позднего возраста оказывается без учета возрастного и гендерного факторов, что является причиной низкой эффективности лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

Таким образом, разработка организационно-методологических принципов оказания реабилитационно-профилактической помощи лицам позднего возраста с алкогольной зависимостью является актуальной и имеет большую практическую значимость.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ, МЕДИКО- БИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

2.1. Клинико-эпидемиологические показатели распространенности алкоголизма у лиц позднего возраста (региональный аспект)

Клинико-эпидемиологические исследования, посвященные алкоголизму у лиц позднего возраста, являются одними из важнейших социальных проблем (Семке В. Я., 2005, 2006). Пожилые люди старше 60 лет, как в нашей стране, так и в других экономически развитых странах, самая быстро растущая группа населения (Kennedy G. J., 2000). Как считают специалисты, количество лиц старше 60 лет к 2015 г. достигнет 20 % населения планеты. Прогрессирующий процесс старения населения приведет к существенному росту как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих алкоголем пожилых лиц в популяции. Значительное увеличение доли регулярных потребителей алкоголя среди пожилых ожидается также в связи с тем, что вступающее в пожилой возраст следующее поколение принесет с собой и свои алкогольные обычаи. Кроме того, несмотря на проводимые в последние десятилетия антиалкогольные мероприятия, душевое потребление алкоголя остается высоким (Егоров А. Ю., 2007; Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009; Гузова А. В., 2010).

В изученной литературе мы не встретили исследований, посвященных проблеме алкоголизма среди людей позднего возраста в Южно-Уральском регионе (Челябинская область), являющемся одним из крупнейших промышленных регионов России. На градообразующих предприятиях Южного Урала работает большая часть населения городов области, что накладывает свой отпечаток на формирование как позитивных, так и негативных моделей поведения. Структура и динамика заболеваемости алкогольной зависимостью позднего возраста в области с учетом пола остается малоизученной, что затрудняет разработку профилактических мероприятий, имеющих большое практическое значение.

На основании материалов Государственной статистической отчетности по психиатрии-наркологии и медицинских карт стационарного больного клинико-эпидемиологическому анализу подверглись динамические показатели распространенности алкогольной зависимости, как в общей популяции, так и у лиц позднего возраста (60 лет и старше), зарегистрированных в ЧОКНБ за период с 2003 по 2012 г., и особенности динамических показателей госпитализации больных с различными

клиническими проявлениями алкоголизма позднего возраста за 2006—2012 гг. в зависимости от пола.

Анализ данных медицинской статистики состоящих на диспансерном учете с алкоголизмом, включая алкогольные психозы у общего числа больных и у лиц в возрасте от 60 лет и старше, на территории Челябинской области за период с 2003 по 2010 г. выявил динамические особенности распространенности данной патологии по годам (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Сравнительная динамика общего числа больных и лиц позднего возраста, состоящих на диспансерном учете с диагнозом алкоголизм (психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя) на территории Челябинской области на 100 тысяч населения

Показатель	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общее число больных на 100 тысяч населения	1825	1820	1773	1800	1733	1739	1798	1766	1631	1590
Лица позднего возраста на 100 тысяч населения	134	74	126	133	156	148	179	189	195	210

Анализ данных таблицы 1 показал, что в Челябинской области с 2003 по 2012 г. на фоне снижения на 12,9 % показателя общего числа больных, страдающих алкоголизмом (с 1825 до 1590 на 100 тысяч населения), наблюдается достоверное увеличение на 56,7 % числа лиц позднего возраста с данной патологией – со 134 до 210 на 100 тысяч населения ($p < 0,001$).

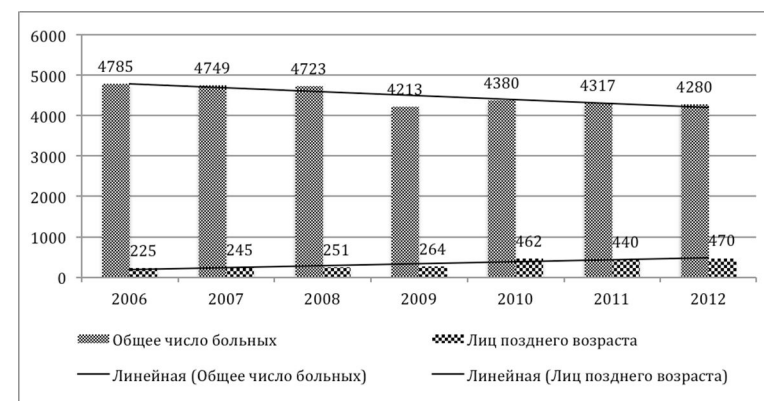


Рис. 1. Соотношение общего числа больных, страдающих алкогольной зависимостью, и лиц с алкоголизмом позднего возраста, пролеченных стационарно

На основании анализа данных статистических карт, архивных историй болезни и медицинской документации диспансерного отделения ЧОКНБ были изучены динамические показатели соотношения общего числа больных и лиц позднего возраста, страдающих алкоголизмом и пролеченных стационарно с 2006 по 2012 г. (рис. 1).

Анализ динамических показателей соотношения общего числа стационарных больных и лиц старше 60 лет с алкогольной зависимостью свидетельствует об увеличении частоты госпитализаций больных позднего возраста с 225 в 2006 г. до 470 в 2012 г. ($p < 0,001$). Причем данная тенденция отмечается на фоне снижения абсолютных показателей общего числа госпитализированных больных с различными клиническими проявлениями алкоголизма с 4785 человек в 2006 г. до 4280 в 2012 г.

Особый интерес представляет изучение распространенности удельного веса алкогольных психозов у стационарных больных старше 60 лет по отношению к общему числу пациентов, госпитализированных с данной патологией с 2006 по 2012 г. (рис. 2).

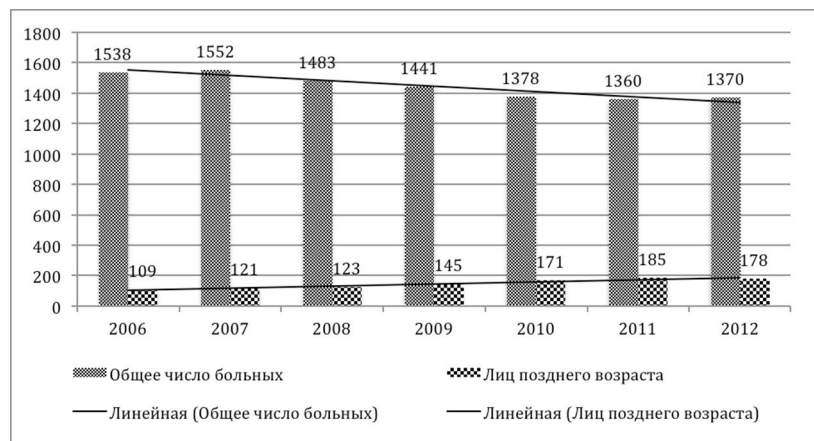


Рис. 2. Соотношение общего числа больных и лиц старше 60 лет, перенесших алкогольные психозы

Изучение динамических показателей распространенности алкогольных психозов среди общего количества стационарных больных и лиц старше 60 лет выявило снижение общего числа госпитализированных с данной патологией в 2012 г. на 12,3 % по сравнению с 2006 г. (1538 против 1370 человек) и рост абсолютных и относительных показателей госпитализированных больных позднего возраста с разными клиническими формами алкогольных психозов – со 109 (7,0 % от общего числа больных) в 2006 г. до 178 человек (13,0 % от общего количества больных) в 2012 г. ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ распространенности госпитализированных мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью за 2006 и 2012 гг. (рис. 3) показал, что в 2006 г. соотношение мужчин и женщин было равным 7,7:1, а именно 199 мужчин (88,4 %) на 26 женщин (11,6 %). К 2012 г. это соотношение изменилось до 5,3:1, а именно 395 мужчин (84,0 %) на 75 женщин (16,0 %).

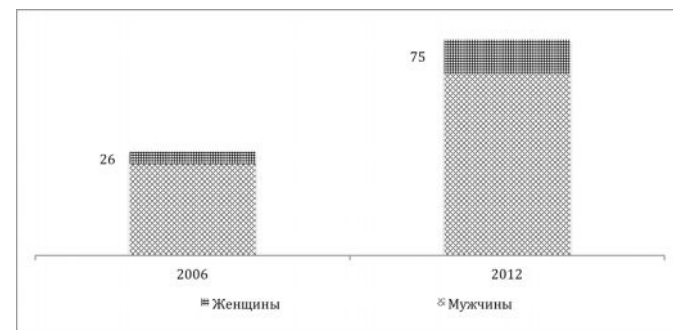


Рис. 3. Показатель распространенности госпитализированных мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью за 2006 и 2012 гг.

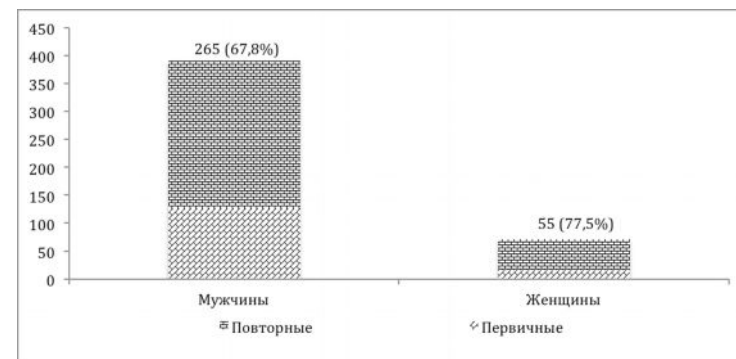


Рис. 4. Соотношение первичных и повторных госпитализаций лиц позднего возраста с алкоголизмом в мужской и женской группах

Анализ особенностей повторности госпитализаций лиц позднего возраста с алкогольной зависимостью в зависимости от пола (рис. 4) свидетельствует, что первичные госпитализации достоверно чаще встречались у мужчин (32,2 и 22,5 %; $p < 0,05$), основная же часть больных позднего возраста как у мужчин, так и у женщин госпитализировались повторно (67,8 и 77,5 %), однако достоверно чаще повторно госпитализировались женщины ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что на фоне снижения общего количества диспансерных больных алкоголизмом количество лиц позднего возраста (60 лет и старше), страдающих алкогольной зависимостью, прогрессивно увеличивается. На фоне снижения динамических показателей общего числа лиц с клинически верифицированными алкогольными психозами отмечается рост абсолютных и относительных показателей данных расстройств у больных позднего возраста. Соотношение удельного веса стационарных пациентов мужского и женского пола с алкоголизмом позднего возраста за последние 7 лет уменьшилось с 7,7:1 до 5,3:1. В то же время женщины позднего возраста достоверно чаще мужчин госпитализируются повторно.

Полученные данные косвенно свидетельствуют о наметившейся тенденции роста показателей болезненности алкогольной зависимости не только среди мужчин, но и среди женщин позднего возраста и необходимости разработки дифференцированных антиалкогольных профилактических мероприятий среди данного контингента населения.

2.2. Социально-демографические характеристики мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

На формирование алкогольной зависимости у лиц позднего возраста как среди мужчин, так и среди женщин в значительной степени оказывают влияние: культурный уровень, образовательный ценз и профессия. Причинами, способствующими увеличению частоты алкогольной зависимости у женщин, большинство исследователей считают изменившееся социальное положение женщин. Женщины стали экономически и социально более независимы, расширились сферы их профессиональной и общественной деятельности, что приводит к физическому и психическому перенапряжению, формированию психодезадаптационных состояний, для снятия которых нередко используются алкогольные напитки. Считается также, что алкоголизации женщин способствует семейная неустроенность, частые и длительные конфликты с родственниками, мужьями, разводы, одиночество. А. Ю. Егоровым (2006) выделен «вдовый алкоголизм», основанный на значительной разнице в средней продолжительности жизни мужчин и женщин, злоупотребляющих алкоголем, и формировании зависимости у одиноких женщин. Однако статистических данных, свидетельствующих о преобладании алкоголизма позднего возраста среди женщин по сравнению с мужчинами и о гендерных различиях в их социально-психологическом статусе не приводится, что затрудняет разработку как реабилитационных, так и профилактических мероприятий.

Таким образом, большинство вопросов, касающихся гендерных различий формирования и динамики алкогольной зависимости среди лиц позднего возраста, остаются малоизученными и требуют дальнейших исследований для выявления патогенных социально-демографических факторов риска формирования данной патологии.

Задачей исследования явилось выделить некоторые социально-демографические факторы риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин старше 60 лет. Для выделения гендерных социально-демографических особенностей больных старше 60 лет с алкогольной зависимостью клиническому анализу подверглись такие показатели, как состав семьи и тип воспитания больных в детстве, распределение больных по возрасту, уровню образования, семейному положению, профессиональному и социальному статусам, источнику средств к существованию.

Анализ данных состава семьи (табл. 2) и типа воспитания (табл. 3) пациентов в преморбиде показал, что мужчины и женщины в основном воспитывались в полных семьях (65,3 и 60,6 %), часть из них – одним из родителей (19,4 и 23,9 %) либо в детском доме (15,3 и 15,5 %).

Т а б л и ц а 2

Состав семьи в детстве по группам исследования

Состав семьи	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Полная	255	65,3	43	60,6
Неполная	76	19,4	17	23,9
Детский дом	60	15,3	11	15,5

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 3

Тип воспитания в детстве по группам исследования

Тип воспитания	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Гармоничный	172	44,0	39	54,9
Безнадзорный	189	48,3*	26	36,6
Гиперопека	30	7,7	6	8,5

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Гармоничный тип воспитания в преморбиде был более характерен для пациентов женского пола (54,9 и 44,0 %), тогда как большинство лиц мужского пола воспитывались в условиях безнадзорности (48,3 и 36,6 %; $p < 0,05$), примерно с одинаковой частотой наблюдалась гиперопека (7,7 и 8,5 %).

Изучение данных распределения больных алкоголизмом мужского и женского пола по возрасту (рис. 5) свидетельствует, что лица обоих полов в возрастном интервале от 60 до 74 лет не имели достоверных

различий по этому показателю, тогда как мужчины старше 75 лет достоверно чаще являлись пациентами наркологического стационара (6,1 и 2,8 %; $p<0,05$). Основное количество больных по группам исследования составляли лица в возрасте 60—64 лет (57,6 % мужчин и 60,6 % женщин). В возрасте 65—69 лет было 19,9 и 21,1 и в возрастном интервале 70—74 года – 16,4 % мужчин и 15,5 % женщин.

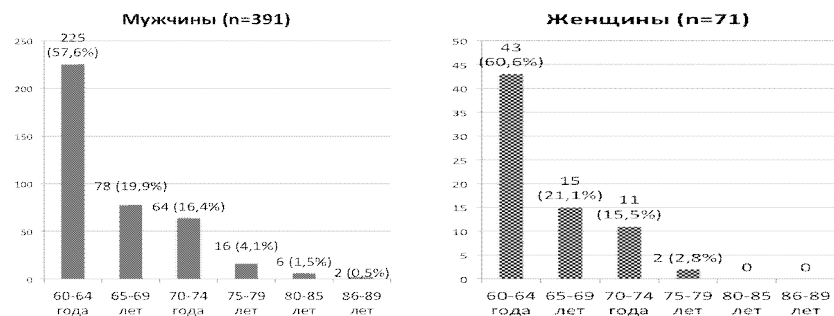


Рис. 5. Распределение больных алкоголизмом по возрасту по группам исследования

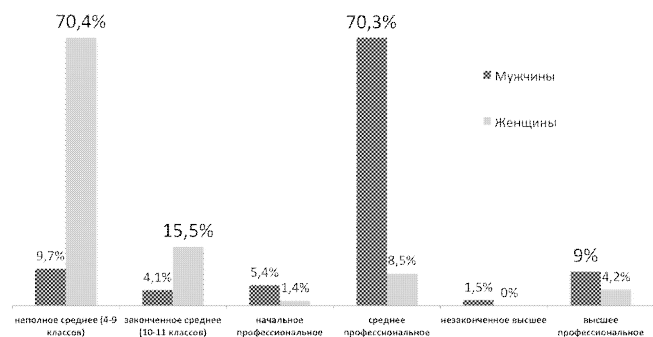


Рис. 6. Уровень образования среди мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

Образовательный уровень пациентов (рис. 6) характеризовался тем, что лиц со средним профессиональным образованием достоверно преобладало среди мужчин (70,3 и 8,5 % у женщин) ($p<0,01$). Часть больных мужского пола достоверно чаще имели высшее профессиональное образование (9,0 и 4,2 %) и достоверно реже среди них встречались лица с неполным средним образованием (4—9 классов) – 9,7 и 70,4 %

женщин ($p<0,01$) и законченным средним (4,1 и 15,5 % женщин; $p<0,05$). Таким образом, большинство женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью имели низкий образовательный ценз.

Т а б л и ц а 4

Семейное положение в преморбиде по группам исследования				
Семейное положение	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Женат (замужем)	207	52,9*	32	45,1
Женат (замужем) повторно	77	19,7	11	15,5
Вдовец (вдова)	45	11,5	17	23,9*
Разведен (а) официально	39	10,0*	4	5,6
Никогда не был женат (замужем)	23	5,9	7	9,9

Примечание. * – Данные с достоверностью $p<0,05$.

При анализе данных семейного положения пациентов в преморбиде по группам исследования (табл. 4) установлено, что мужчины достоверно чаще, чем женщины, были женаты (замужем) однократно (52,9 и 45,1 %) или повторно (19,7 и 15,5 %), тогда как часть женщин достоверно чаще были вдовы (23,9 и 11,5 %) либо никогда не выходили замуж (не женились) (9,9 и 5,9 %). Однако больных женского пола чаще, чем мужского, устраивало существующее семейное положение (50,7 и 45,5 %).

Таким образом, семейное положение мужчин было более благоприятное и в меньшей степени, чем у женщин, являлось фактором риска злоупотребления алкоголем.

При анализе социального статуса пациентов (табл. 5) выявлено, что большинство пациентов обоих полов проживали в семье (90,0 % мужчин и 93,0 % женщин). Часть мужчин, злоупотребляющих алкоголем, чаще, чем женщины, жили в одиночестве (10,0 и 7,0 %). Характерно, что женщины достоверно чаще, чем мужчины, проживали с лицами, злоупотребляющими спиртными напитками (46,5 и 2,6 %).

Т а б л и ц а 5

Типичные условия проживания на момент обследования				
Условия проживания	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
В семье	352	90,0	66	93,0
Один (а)	39	10,0	5	7,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p<0,05$.

При анализе профессиональной деятельности пациентов в преморбиде (табл. 6) выявлено, что для мужчин типичны виды профессий, связанные с тяжелыми или экстремальными условиями труда: строители и ремесленники (44,8 и 9,9 %; $p<0,05$), управление машинами (26,6 и 2,8 %; $p<0,05$) или военнослужащие (6,6 и 0 %; $p<0,05$).

Женщины достоверно чаще являлись специалистами в сфере обслуживания (18,3 и 1,3 %), техническими служащими (25,4 и 1,3 %; $p < 0,05$), работниками торговли (21,1 и 7,1 %; $p < 0,05$) либо занимались простейшими видами труда (15,5 и 3,3 %; $p < 0,05$).

Т а б л и ц а 6

Профессиональная деятельность в преморбиде по группам исследования				
Профессия в преморбиде	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Профессионалы	24	6,1	2	2,8
Специалисты	5	1,3	13	18,3*
Технические служащие	5	1,3	18	25,4*
Работники торговли	28	7,1	15	21,1*
Работники сельского хозяйства	12	3,1	3	4,2
Строители и ремесленники	175	44,8*	7	9,9
Управление машинами	104	26,6*	2	2,8
Простейшие профессии	12	3,1	11	15,5*
Военные	26	6,6*	0	0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Полученные данные свидетельствуют, что для мужчин работа, связанная с тяжелым физическим трудом и экстремальными ситуациями, и профессии в сфере социального и технического обслуживания, а также в сфере торговли для женщин являются факторами риска злоупотребления спиртными напитками.

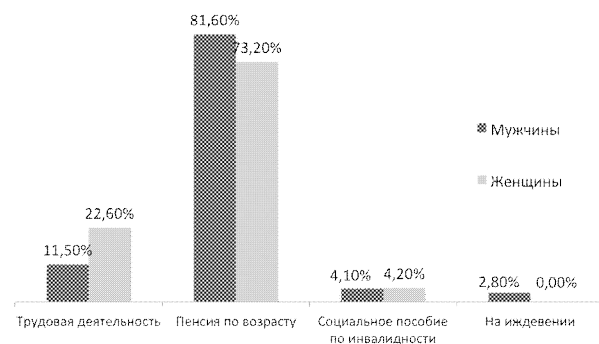


Рис. 7. Основной источник средств к существованию

Основным источником средств к существованию (рис. 7) как у мужчин, так и у женщин являлась пенсия по возрасту (81,6 и 73,2 %) либо социальное пособие по инвалидности (4,1 и 4,2 %). Женщины чаще, чем мужчины, продолжали временно работать: выявлено 22,6 % работающих женщин против 11,5 % работающих мужчин ($p < 0,05$).

Таким образом, изучение социально-демографического статуса по группам исследования показало, что возраст основного контингента больных обоих полов, страдающих алкогольной зависимостью, соответствует интервалу от 60 до 64 лет и у четвертой части пациентов – от 65 до 74 лет. Мужчины старше 75 лет достоверно чаще, чем женщины, проходили стационарное лечение. Большинство лиц мужского и женского пола в детстве воспитывались в полных семьях, девочки чаще воспитывались в гармоничных семьях, а мальчики – в условиях гипопеки или безнадзорности. Для пациентов мужского пола с алкоголизмом позднего возраста типично среднее и высшее профессиональное образование, тогда как для женщин с данной патологией наиболее характерно неполное и законченное среднее образование. Семейное положение мужчин в преморбиде было более благоприятное и стабильное и в меньшей степени, чем у женщин, способствовало формированию алкогольной зависимости. Большинство пациентов обоих полов на момент обследования проживали в семьях, часть мужчин достоверно чаще были одиноки. Причем женщины достоверно чаще проживали с лицами, злоупотребляющими спиртными напитками. Профессиональная деятельность в преморбиде характеризуется тем, что работа, связанная с тяжелым физическим трудом и экстремальными ситуациями, типична для мужчин, а профессии в сфере социального и технического обслуживания, а также в сфере торговли – для женщин. Основным источником средств существования, независимо от пола, для данного контингента больных являлась пенсия по возрасту или пособие по инвалидности. Женщины чаще, чем мужчины, продолжали трудовую деятельность, выйдя на пенсию.

Таким образом, мишенями для профилактики алкоголизма позднего возраста являются лица мужского пола старше 45 лет со средним или высшим профессиональным образованием, имеющие профессию, связанную с тяжелым физическим трудом и повышенной психической напряженностью, проживающие в семьях с формально гармоничными отношениями либо одинокие. Для предупреждения алкоголизма позднего возраста у женщин профилактические мероприятия необходимо проводить лицам старше 50 лет, воспитывавшихся в семьях с дисгармоничными отношениями, имеющим неполное или законченное среднее образование, низкий уровень социальной активности, условия простого физического труда, трудившимся в сфере обслуживания и торговли, проживающим в условиях неблагоприятных семейных отношений, в одиночестве или со злоупотребляющими спиртными напитками лицами.

2.3. Медико-биологические характеристики мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

Анализ данных клинико-anamnestического и клинико-психопатологического обследования 462 пациентов с алкоголизмом позднего возраста, проходивших стационарное лечение в ЧОКНБ, позволил выделить ряд патогенных медико-биологических факторов, способствующих формированию данных расстройств у лиц мужского и женского пола. Для выделения гендерных медико-биологических факторов, участвующих в формировании и динамике алкоголизма позднего возраста, у данного контингента больных изучались распределение больных по национально-этническим особенностям и типу телесной конституции, наследственной отягощенности наркологической патологией, сопутствующим соматоневрологическим расстройствам и перенесенным черепно-мозговым травмам в преморбиде.

Анализ данных распределения больных по национально-этническим особенностям показал, что достоверно чаще в группе больных мужского пола, в отличие от женской, преобладали лица славянской национальности (90,5 и 80,3; $p < 0,05$), тогда как в женской группе достоверно доминировали больные тюркской этнической принадлежности (19,7 и 9,5 %; $p < 0,05$). Проведенные ранее исследования подтверждают положение о том, что у женщин тюркских этносов в формировании алкоголизма значительную роль играют такие факторы, как утрата религиозности и традиционных ограничений на употребление спиртных напитков, а также алкоголизм супруга (Кривулин Е. Н., 2005, 2007; Мингазов А. Х., 2012).

Тип телесной конституции пациентов также имел отличительные особенности по группам исследования (табл. 7).

Таблица 7

Тип телесной конституции у больных по группам исследования

Тип телесной конституции	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Астенический	162	41,4*	8	11,2
Нормостенический	87	22,3	20	28,2
Пикнический	142	36,3	43	60,6*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Для больных мужского пола, в отличие от женского, было типично астеническое телосложение (41,4 и 11,2 %). Пикнический тип телесной конституции достоверно чаще наблюдался среди больных женщин, чем у мужчин (60,6 и 36,3 %; $p < 0,05$). Лица с нормостеническим типом телесной конституции встречались практически у четвертой части пациентов в исследуемых группах.

Анализ показателей наследственной отягощенности наркологической патологией среди пациентов мужского и женского пола свидетельствует (табл. 8), что у большего числа пациентов женского пола в сравнении с мужчинами (62,0 и 58,1 %) отсутствовала наследственная наркологическая патология. Наследственная отягощенность алкоголизмом у лиц мужского пола в сравнении с женщинами (41,9 и 38,0 %) в основном распространялась по линии отца (25,5 %) либо близких родственников – данная патология наблюдалась у их братьев и сестер у 23,3 % мужчин и 5,6 % женщин. Алкогольная зависимость у больных женского пола достоверно чаще распространялась по линии отца (38,0 и 25,5 %; $p < 0,05$), матери (21,2 и 4,6 %; $p < 0,05$) либо по нескольким линиям (25,3 и 11,5 %; $p < 0,05$).

Таблица 8

Наследственная отягощенность алкоголизмом среди мужчин и женщин

Наследственная отягощенность	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Алкоголизмом	164	41,9	27	38,0
По линии матери	18	4,6	15	21,2*
По линии отца	100	25,5	27	38,0*
По линии братьев и сестер	91	23,3*	4	5,6
По нескольким линиям	45	11,5	18	25,3*
Наследственность не отягощена	227	58,1	44	62,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Таблица 9

Сопутствующие соматоневрологические заболевания

Соматическая патология	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Выявлена соматоневрологическая патология	164	41,9	18	25,4
Новообразования (C00—C97, D10—D36)	4	2,44*	0	0
Болезни эндокринной системы (E00—E90)	18	10,9*	1	5,56
Болезни нервной системы (G00—G99)	23	14,02	11	61,11*
Болезни глаз (H00—H59)	2	1,22	0	0
Болезни системы кровообращения (I00—I99)	82	50,0*	4	22,2
Болезни органов дыхания (J00—J99)	59	35,98*	2	11,11
Болезни органов пищеварения (K00—K93)	37	22,56*	2	11,11
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00—L99)	4	2,44	0	0
Болезни костно-мышечной системы (M00—M99)	6	3,66	1	5,56
Болезни мочеполовой системы (N00—N99)	8	4,88	1	5,56
Травмы (S00—T98)	7	4,27	1	5,56
Сочетанная соматическая патология	72	43,9*	4	22,2

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Сопутствующая соматоневрологическая патология (табл. 9) достоверно чаще выявлялись у мужчин (41,9 и 25,4 %; $p < 0,05$), причем в основном за счет болезней системы кровообращения (50,0 и 22,2 %;

$p < 0,05$), органов дыхания (35,9 и 11,1 %; $p < 0,05$), органов пищеварения (22,6 и 11,1 %; $p < 0,05$) либо сочетанной патологии (43,9 и 22,2 %; $p < 0,05$). В группе женщин доминирующей патологией являлись болезни нервной системы (61,1 и 14,02 %; $p < 0,05$).

Согласно литературным источникам, значительную роль в развитии и динамике алкоголизма занимает преморбидное органическое поражение головного мозга различного генеза, в первую очередь травматического.

Т а б л и ц а 1 0

Черепно-мозговые травмы с потерей сознания в анамнезе

Наличие ЧМТ	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Не было	300	76,7*	49	69,0
Однократно	54	13,8	17	23,9*
Неоднократно	37	9,5	5	7,1

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ данных таблицы 10 показал, что у мужчин достоверно реже, чем у женщин, в анамнезе отмечалось травматическое поражение головного мозга (23,3 и 31,0 %; $p < 0,05$), причем у больных женского пола достоверно преобладали однократные черепно-мозговые травмы (23,9 и 13,8 %; $p < 0,05$).

Таким образом, анализ медико-биологических характеристик больных по группам исследования показал, что мишенями для профилактики алкоголизма позднего возраста среди мужчин являются в основном лица славянской национальности, у которых отмечается астенический, реже – пикнический тип телесной конституции, наследственная отягощенность алкогольной зависимостью по линии отца либо по линии близких родственников (братья, сестры). Особое внимание у данной категории пациентов следует уделять профилактике заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и эндокринной систем либо сочетанной патологии. К группе риска формирования алкоголизма позднего возраста среди женщин относятся лица славянской либо тюркской этнической принадлежности, пикнического (реже – астенического) телосложения, у которых по линии отца, матери либо одновременно по нескольким линиям наблюдается злоупотребление алкоголем. Для предупреждения у них сопутствующей соматоневрологической патологии вектор мероприятий необходимо направить на профилактику болезней нервной системы и органического (травматического) поражения головного мозга.

2.3.1. Коморбидные психические расстройства у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

Распространенность психических нарушений у лиц, злоупотребляющих алкоголем, значительно превышает общепопуляционные показатели (Soyka M., 2002; Schuckit M. A., 2006). Соболезненные психические расстройства отмечены у 37,0 % лиц, злоупотребляющих алкоголем, тогда как в общей популяции они не превышают 23 % (Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S. et al., 1990). С другой стороны, если распространенность алкогольной зависимости в течение жизни близка 13 %, то среди лиц, страдающих психическими заболеваниями, данный показатель достигает 22 %. Алкоголизм, как и любая другая болезнь, состоит из определенного набора взаимосвязанных синдромов, которые, в свою очередь, являются совокупностью взаимосвязанных симптомов. Во многих случаях коморбидную «психиатрическую» симптоматику бывает сложно отделить от «наркологической», т. е. определить первичность или вторичность нозологической составляющей коморбидного процесса.

Взаимопроникновение симптомов того или иного психического расстройства и алкогольной зависимости не создает новое психическое заболевание, а лишь вносит определенную окраску в известные психопатологические феномены (Сиволап Ю. П., 2006). Психические нарушения у лиц с алкогольной зависимостью носят коморбидный характер либо являются следствием систематического злоупотребления спиртными напитками. Следует отметить, что частота обоих типов коморбидности (сочетание алкоголизма и психических расстройств и наоборот) существенно превосходит указанные выше величины у лиц, проходящих лечение алкогольной зависимости или психической патологии в специализированных клиниках (Regier D. A., 1990).

Среди психопатологических нарушений, ассоциированных с алкогольной зависимостью, преобладают непсихотические психические и поведенческие расстройства (НППР): аффективные, личностные и невротические. Известную степень коморбидности с алкоголизмом обнаруживают органические психические и поведенческие расстройства (ОППР) и расстройства шизофренического спектра (Шумский Н. Г., 1999; Иванец Н. Н., Винникова М. А., 2002; Сиволап Ю. П., Савченков В. А., 2007).

Сведения по распространенности коморбидных психических расстройств у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью представлены в таблице 11.

Таблица 11

Коморбидные психические расстройства у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью

Раздел МКБ-10	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
F0. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (ОППР)	134	34,3*	15	21,0
F3. Аффективные расстройства настроения (АР)	91	23,3	20	28,2*
F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (НССР)	80	20,5	20	28,2*
F6. Расстройства зрелой личности и поведения (РЗЛ)	40	10,2	8	11,3
Лица старше 60 лет без признаков НППР	46	11,8	8	11,3

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Следует отметить, что коморбидные заболевания шизофренического спектра в наших исследованиях не наблюдались. Как видно из таблицы 11, для больных мужского пола типичными соболзненными психическими расстройствами являлись ОППР (34,3 и 21,0 %; $p < 0,05$). Примерно с одинаковой частотой имели место больные, обнаруживающие РЗЛ (10,2 и 11,3 %), и лица без признаков коморбидной психической патологии (11,8 и 11,3 %).

Коморбидными с алкоголизмом у женщин позднего возраста являлись аффективные (28,2 и 23,3 %) и невротические (28,2 и 20,5 %; $p < 0,05$) расстройства. Далее приведен анализ распространенности отдельных нозологических форм коморбидной психической патологии у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью.

Органические психические и поведенческие расстройства и алкогольная зависимость у лиц позднего возраста. Литературные источники свидетельствуют, что систематическое злоупотребление алкоголем в большинстве случаев приводит к ОППР, ведущими проявлениями которых служат различной степени выраженности когнитивные нарушения и специфичные формы энцефалопатии (Жислин С. Г., 1965; Шумский Н. Г., 1999; Сиволап Ю. П., 2007; Regli F., 1985; Charness M. E., 1993; Greenberg D. M., Lee J. W., 2001; Hund E., 2003; Fernández-Torre J. L., Agirre Z., Martínez-Martínez M., Rodríguez E., 2006).

Авторами показано, что наряду с когнитивными расстройствами и специфичными формами энцефалопатии многолетнее злоупотребление алкоголем в ряде случаев приводит к снижению уровня личности по органическому типу. В других же случаях, наоборот, преморбидные ОППР способствуют неблагоприятному течению алкоголизма (Жислин С. Г., 1965; Шумский Н. Г., 1999; Портнов А. А., 2004).

Таблица 12

Коморбидные органические, включая симптоматические психические расстройства, у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом

Раздел МКБ-10	I группа (n=134)		II группа (n=15)	
	абс.	%	абс.	%
F06.36 Непсихотическое депрессивное расстройство органической природы	22	16,4	4	26,7*
F06.4 Органическое тревожное расстройство	16	11,9	3	20,0*
F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	28	20,9*	1	6,7
F06.7 Легкое когнитивное расстройство	12	8,9	2	13,3
F06.8 Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием (эпилептиформный синдром)	8	6,0	1	6,7
F07.0 Органическое расстройство личности	16	11,9	2	13,3
F07.9 Неуточненное органическое расстройство личности и поведения, обусловленное заболеванием, повреждением и дисфункцией мозга (органический психосиндром)	32	24,0*	2	13,3

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ данных распространенности коморбидных ОППР у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью (табл. 12) показал, что для больных мужского пола типичной соболзненной патологией органического генеза является органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (20,9 и 6,7 %; $p < 0,05$) и органический психосиндром (24 и 13,3 %; $p < 0,05$). В то время как у женщин достоверно чаще наблюдались непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (26,7 и 16,4 %) и органическое тревожное расстройство (20,0 и 11,9 %; $p < 0,05$). Легкое когнитивное расстройство (8,9 и 13,3 %) и органическое расстройство личности (11,9 и 13,3 %) встречались примерно с одинаковой частотой в мужской и женской группах.

Коморбидные аффективные расстройства у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью. Наиболее значимую категорию коморбидных психических нарушений, встречающихся при алкогольной зависимости, в связи с их высокой распространенностью и неблагоприятными социально-экономическими последствиями представляют депрессивные состояния (Henriksson M. M., Aro H. M., Marttunen M. J., 1993; Talarowska M., Ostycharczyk K., Florkowski A., 1997; Crombie I. K., Pounder D. J., Dick P. H., 1998; Brådvik L., Mattisson C., Bogren M., Nettelbladt P., 2010; Strand L. A., Martinsen J. I., Koefoed V. F., 2011).

Алкоголизм и аффективная патология часто оказывают друг на друга неблагоприятное влияние: депрессивные расстройства усугубляют течение алкогольной зависимости, а систематическое злоупотребление алкоголем способствует возникновению и увеличению тяжести депрессивных симптомов.

Длительная алкоголизация ассоциируется с развитием депрессивных эпизодов и связанных с ними суицидальных мыслей и попыток, а также сильной тревоги и бессонницы, особенно у женщин (Bolton J. M., Belik S. L., Enns M. W. et al., 2008; Schuckit M. A., 2009).

Т а б л и ц а 13

Коморбидные аффективные расстройства настроения у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом

Раздел МКБ-10	I группа (n=91)		II группа (n=20)	
	абс.	%	абс.	%
F32.0 Депрессивный эпизод легкой тяжести	41	45,1	8	40,0
F32.1 Депрессивный эпизод средней тяжести	19	20,9	7	35,0*
F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов	17	18,6*	2	10,0
F34.1 Дистимия	14	15,4	3	15,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ распространенности аффективных расстройств настроения у мужчин и женщин позднего возраста с алкоголизмом (табл. 13) свидетельствует, что у больных обоих полов с одинаковой частотой встречались легкие депрессивные эпизоды (45,1 и 40,0 %) и дистимии (15,4 и 15,0 %). Типичными коморбидными аффективными расстройствами для мужчин являлся тяжелый депрессивный эпизод непсихотического уровня (18,6 и 10,0 %; $p < 0,05$), тогда как для женщин – депрессивный эпизод средней тяжести (35,0 и 20,9 %; $p < 0,05$).

Коморбидные невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью. Ряд отечественных и зарубежных исследователей отмечает, что алкоголь нередко используется в качестве средства преодоления психического дискомфорта, тревоги, нарушений сна и других невротических расстройств, что играет существенную роль в развитии алкогольной зависимости у лиц, страдающих невротическими и другими психогенными психическими нарушениями, в том числе посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) (Сиволап Ю. П., Савченков В. А., 2007; Heimberg R. G., 2010; Adler D. A., Possemato K., Mavandadi S. et al., 2011; Buckner J. D., Pietrzak R. H., Goldstein R. B., Southwick S. M., Grant B. F., 2011). Для ветеранов боевых действий алкоголь служит для преодоления флешбэк-симптомов, психи-

ческого напряжения, бессонницы, ночных кошмаров, депрессий и других проявлений ПТСР (Cucciare M. A., Darrow M., Weingardt K. R., 2011).

В данном контексте к ведущим мотивам, лежащим в основе рискованных форм потребления спиртных напитков у лиц позднего возраста, относятся стремление облегчить тревогу, напряжение, депрессию, чувство одиночества и ощущение бессмысленности существования (Immonen S., Valvanne J., Pitkälä K. H., 2010). При этом алкоголизм у женщин позднего возраста характеризуется более высокой, чем у мужчин, частотой семейных, психологических проблем, а также тревоги и других пограничных психических расстройств и рассматривается в качестве основного предиктора суицидального поведения (Gomberg E. S., 2003; Сиволап Ю. П., Савченков В. А., 2007; Innamorati M., Lester D., Amore M., 2004, 2010; Bolton J. M., Belik S. L., Enns M. W., 2008).

Т а б л и ц а 14

Коморбидные невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом

Раздел МКБ-10	I группа (n=80)		II группа (n=20)	
	абс.	%	абс.	%
F41.0 Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)	11	13,7	3	15,0
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство	14	17,5	6	30,0*
F41.2 Смешанные тревожные и депрессивные расстройства	19	23,8	7	35,0*
F42.0 Преимущественно обсессивные мысли и умственная жвачка	8	10,0	2	10,0
F43.0 Реакция на острый стресс	14	17,5*	1	5,0
F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство	14	17,5*	1	5,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ распространенности коморбидных (НССР) у мужчин и женщин позднего возраста с алкоголизмом (табл. 14) показал, что типичными соболезенными невротическими расстройствами для пациентов мужского пола являются реакции на острый стресс (17,5 и 5,0 %; $p < 0,05$) и ПТСР (17,5 и 5,0 %; $p < 0,05$), тогда как у женщин алкогольную зависимость чаще сопровождали генерализованные тревожные расстройства (30,0 и 17,5 %; $p < 0,05$) и смешанные тревожные и депрессивные расстройства (35,0 и 23,8 %; $p < 0,05$). С одинаковой частотой в обеих группах наблюдались панические расстройства (13,7 и 15,0 %) и обсессивно-компульсивные расстройства (10,0 и 10,0 %).

Коморбидные расстройства зрелой личности и поведения у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью. Не вызывает сомнений, что тот или иной радикал преморбидных личностных особенностей может способствовать или препятствовать

формированию алкогольной зависимости. Нередко расстройства зрелой личности и поведения являются предикторами формирующейся алкогольной зависимости либо злоупотребление алкоголем приводит к снижению личности по органическому типу или алкогольной деградации личности, значимость которых определяется многообразным неблагоприятным влиянием на здоровье, межличностные отношения, профессиональный уровень и социальную адаптацию.

Т а б л и ц а 1 5

**Коморбидные расстройства зрелой личности и поведения
мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом**

Раздел МКБ-10	I группа (n=40)		II группа (n=8)	
	абс.	%	абс.	%
F60.0 Параноидное	2	5,0	-	-
F60.1 Шизоидное	2	5,0	-	-
F60.2 Диссоциальное	7	17,5*	-	-
F60.3 Эмоционально неустойчивое	17	42,5*	2	25,0
F60.4 Истерическое	2	5,0	2	25,0*
F60.5 Ананкастное	4	10,0	2	25,0*
F60.6 Тревожное	3	7,5	1	12,5
F60.7 Зависимое расстройство	3	7,5	1	12,5

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ распространенности коморбидных РЗЛ у лиц позднего возраста с алкогольной зависимостью (табл. 15) выявил специфичные для мужчин преморбидные и коморбидные личностные особенности диссоциального (17,5 и 0 %; $p < 0,05$) и эмоционально неустойчивого (42,5 и 25,0 %; $p < 0,05$) типов, тогда как у женщин – истерического (25,0 и 5,0 %; $p < 0,05$) и ананкастного (25,0 и 10,0 %; $p < 0,05$) типов. В единичных случаях в обеих группах имели место соболезенные тревожное (7,5 и 12,5 %) и зависимое (7,5 и 12,5 %) расстройства личности. В 5,0 % случаев в группе мужчин наблюдалось параноидное и шизоидное расстройства личности.

Анализ распространенности соболезенной психической патологии у мужчин с алкоголизмом с поздним и ранним обращением за наркологической помощью (табл. 16) показал, что типичными коморбидными психическими расстройствами для мужчин с поздним и ранним обращением за наркологической помощью являются ОППР: 32,6 % – в 1-й подгруппе, 20,9 % – в 3-й подгруппе ($p < 0,05$); 35,1 % – во 2-й подгруппе, 21,4 % – в 4-й подгруппе ($p < 0,05$). Тогда как алкогольную зависимость у женщин с поздним обращением за наркологической помощью сопровождали достоверно чаще аффективные расстройства (27,9 и 17,8; $p < 0,05$), а у мужчин и женщин с ранним обращением к специалистам эта патология встречалась примерно с одинаковой частотой (25,9 % – во 2-й подгруппе, 28,6 % – в 4-й подгруппе).

Т а б л и ц а 1 6

**Коморбидные психические расстройства у мужчин
и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом**

Раздел МКБ-10	Мужчины, подгруппа				Женщины, подгруппа			
	1-я (n=129)		2-я (n=262)		3-я (n=43)		4-я (n=28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F0. Органические, включая симптоматические, психические расстройства	42	32,6*	92	35,1**	9	20,9	6	21,4
F3. Аффективные расстройства настроения	23	17,8	68	25,9	12	27,9*	8	28,6
F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	31	24,0	49	18,7	11	25,6	9	32,2**
F6. Расстройства зрелой личности и поведения	12	9,3	28	10,7	5	11,6	3	10,7
Лица старше 60 лет без признаков НППР	21	16,3	25	9,6	6	14,0	2	7,1

Примечание. * – Данные с достоверностью $p_{1-3} < 0,05$, ** – данные с достоверностью $p_{2-4} < 0,05$.

Коморбидные НССР были специфичны для женщин с ранним обращением за наркологической помощью (32,2 % – в 4-й подгруппе, 18,7 % – во 2-й подгруппе). Данная патология не имела достоверных различий у мужчин и женщин с поздним обращением к наркологу (24,0 и 25,6 %). Коморбидные расстройства зрелой личности и поведения наблюдались во всех изучаемых группах у одной десятой части пациентов и не имели достоверных различий.

Таким образом, коморбидная психическая патология у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью отличается нозологической специфичностью и вносит определенный вклад в развитие, клинко-психопатологическое оформление, течение и прогноз алкогольной болезни. Коморбидными с алкоголизмом у мужчин позднего возраста являлись ОППР (34,3 и 21,0 %; $p < 0,05$), тогда как у женщин – аффективные (28,2 и 23,3 %) и невротические (28,2 и 20,5 %) расстройства.

Среди ОППР для мужчин типичной соболезенной патологией является органическое астеническое расстройство (20,9 %) и органический психосиндром (24,0 %), а для женщин – депрессивные (26,7 %) и тревожные (20,0 %) расстройства органической природы. Среди АР у больных обоих полов с одинаковой частотой встречались коморбидные легкие депрессивные эпизоды (45,1 %; и 40,0 %) и дистимии (15,4 и 15,0 %), достоверными для мужчин являются тяжелые депрессивные эпизоды непсихотического уровня (18,6 и 10,0 %; $p < 0,05$), а для женщин – депрессивные эпизоды средней тяжести (35,0 и 20,9 %; $p < 0,05$).

Характерными соболезненными НССР у мужчин с алкоголизмом являются реакции на острый стресс (17,5 и 5,0 %; $p<0,05$) и ПТСР (17,5 и 5,0 %; $p<0,05$), тогда как у женщин – генерализованное тревожное (30,0 и 17,5 %; $p<0,05$) и смешанное тревожно-депрессивное (35,0 и 23,8 %; $p<0,05$) расстройства. У одной десятой части пациентов обеих полов алкогольную зависимость составляли РЗЛ, которые у мужчин достоверно чаще определялись диссоциальным (17,5 и 0 %; $p<0,05$) и эмоционально неустойчивым (42,5 и 25,0 %; $p<0,05$) типами, а у женщин, наряду с тревожным и зависимым, типичны истерический (25,0 и 5,0 %; $p<0,05$) и ананкастный (25,0 и 10,0 %; $p<0,05$) личностные радикалы. Анализ распространения соболезненной психической патологии у мужчин и женщин с алкогольной зависимостью с поздним (после 60 лет) и ранним (до 60 лет) обращением за наркологической помощью показал, что мужчинам с поздним обращением за помощью характерны коморбидные ОППР (32,6 и 20,9 %; $p<0,05$), а для женщин – аффективная патология (27,9 и 17,8 %; $p<0,05$), с одинаковой частотой наблюдались невротические расстройства (24,0 и 25,6 %). Для мужчин с ранним обращением за наркологической помощью типичны соболезненные ОППР (35,1 и 21,4 %; $p<0,05$), а для больных женского пола – НССР (32,2 и 18,7 %; $p<0,05$). У одной четвертой части мужчин и женщин с ранним обращением имели место аффективные расстройства и у одной десятой пациентов всех групп – расстройства зрелой личности.

2.4. Гендерные психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

Согласно работам американских ученых Р. L. Brennan, R. H. Moos, J. R. Mertens (1994), на течение алкоголизма в пожилом возрасте влияют персональные факторы риска (степень самореализации в предыдущей жизни, принадлежность к мужскому полу, отсутствие супружеского партнера, раннее начало алкогольных проблем и копинг-стратегия избегание) наряду с внешними факторами риска (негативные жизненные события, хронические стрессы, пример пьющих друзей). По данным ряда исследователей, в формировании алкогольной зависимости участвует комплекс социально-демографических, медико-биологических и индивидуально-психологических факторов с учетом преморбидной или фоновой психопатологической симптоматики (расстройства личности, аффективная патология, резидуально-органическая церебральная недостаточность и т. д.), которые и определяют клинические особенности алкогольной зависимости у данной категории больных.

Для выделения причин алкоголизации анализировалось влияние неблагоприятных социально-психологических факторов (смерть близких, стрессы, связанные с семейными отношениями, со здоровьем, с финансами, влияние пьющего окружения, судебно-следственные ситуации, другие длительные неприятности), которые могли способствовать формированию алкоголизма позднего возраста.

Изучение влияния негативных жизненных событий в формировании алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста (табл. 17) свидетельствует, что для мужчин позднего возраста социально-психологические стрессогенные факторы достоверно реже являлись поводом для злоупотребления алкоголем, чем у женщин (64,2 и 97,2 %), что подтверждается данными изучения алкоголизма позднего возраста у женщин, проведенного А. Ю. Егоровым (2007).

Таблица 17

Влияние негативных жизненных событий в формировании алкоголизма у лиц позднего возраста

Негативные жизненные события	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Влияют	251	64,2*	69	97,2
Не влияют	140	35,8	2	2,8

Примечание. * – Данные с достоверностью $p<0,05$.



Рис. 8. Влияние отдельных психосоциальных факторов в формировании алкоголизма позднего возраста по группам исследования

Сравнительный анализ отдельных неблагоприятных жизненных событий позволил выделить негативные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма у лиц мужского и женского пола (рис. 8).

В порядке значимости патогенными факторами риска формирования алкогольной зависимости для группы больных мужского пола в сравнении с женщинами относятся следующие: правонарушения и судебно-следственные разбирательства (58,3 и 23,9 %; $p < 0,05$), безделье (25,8 и 0 %; $p < 0,05$), недостаточная самореализация (14,3 и 0 %; $p < 0,05$), семейные конфликты и разводы (7,7 и 4,2 %; $p < 0,05$), недостаток финансов (6,1 и 0 %; $p < 0,05$). Для женщин по сравнению с мужчинами значимыми мотивами для злоупотребления алкоголем являлись: чувство одиночества (53,5 и 1,6 %; $p < 0,05$), хронические стрессы, связанные со смертью близких, здоровьем, супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты (26,8 и 4,9 %; $p < 0,05$), влиянием пьющего окружения (мужей, сожителей) (9,9 и 3,8 %; $p < 0,05$).

При изучении фактора основного времяпровождения больными по группам исследования (табл. 18) было установлено, что одиночество не являлось стрессогенным фактором для 62,1 % лиц мужского пола против 36,6 % женского ($p < 0,05$). Большинство женщин стремились к контактам с членами семьи и близкими (57,8 и 29,7 %; $p < 0,05$) либо общались с подругами/друзьями (5,6 и 8,2 %).

Т а б л и ц а 18

Основное время, проводимое больными по группам исследования

Основное времяпровождения	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
С семьей	116	29,7	41	57,8*
С друзьями	32	8,2	4	5,6
В одиночку	243	62,1*	26	36,6

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Наряду с изучением патогенных психосоциальных факторов формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста был проведен анализ факторов, препятствующих развитию данной патологии (табл. 19).

Т а б л и ц а 19

Факторы, препятствующие развитию алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

Саногенный фактор	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Чувство вины	142	36,3	44	62,0*
Ответственность перед работодателем	77	19,7	19	26,8*
Состояние здоровья	172	44,0*	8	11,2

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Тщательный анализ факторов, препятствующих злоупотреблению спиртными напитками и, следовательно, формированию алкоголизма, проведенный по группам исследования, показал, что саногенными факторами алкогольной зависимости для лиц женского пола являются:

выраженное чувство вины перед членами семьи или родственниками (62,0 и 36,3 %; $p < 0,05$) и ответственность перед работодателем (26,8 и 19,7 %), тогда как мужчин в большей степени беспокоило состояние собственного здоровья (44,0 и 11,2 %; $p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что неблагоприятные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма для мужчин позднего возраста, менее значимы, чем для женщин. Основными патогенными психосоциальными факторами формирования алкогольной зависимости у мужчин позднего возраста являются: правонарушения и судебно-следственные разбирательства, недостаточная самореализация, семейные конфликты и разводы, а также недостаток финансов; тогда как для женщин мотивами для злоупотребления алкоголем являлись: хронические стрессы, связанные со смертью близких, здоровьем, с супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты, влиянием пьющего окружения (мужей, сожителей) либо одиночество. Большинство мужчин предпочитали проводить время в одиночестве, нередко употребляя спиртные напитки; тогда как лица женского пола основное время проводили в кругу семьи, родственников или друзей. Женщины в силу свойственных им социально-психологический установок, распространенных в обществе, склонны соотносить свое алкогольное поведение с влиянием тяжелых жизненных обстоятельств, так как стремятся оправдать себя перед окружающими; поэтому факторами, препятствующими злоупотреблению алкоголем, у них служат: сильное чувство вины и ответственность перед работодателем, а у мужчин позднего возраста – озабоченность своим здоровьем.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

3.1. Гендерные клинико-психопатологические и клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

С целью изучения клиники и динамики алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста были изучены показатели распространенности алкоголизма по степени выраженности, прогрессивности и разнообразию клинических проявлений заболевания.

Согласно международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), было изучено распределение больных алкоголизмом позднего возраста соответственно клиническим проявлениям заболевания (табл. 20). По степени выраженности заболевания у 83,6 % мужчин и 94,4 % женщин диагностировался алкоголизм II стадии (F10.3), мужчины достоверно чаще госпитализировались с алкоголизмом III стадии – F10.4; F10.5 (16,6 % – у мужчин и 5,6 % – у женщин; $p < 0,05$).

Т а б л и ц а 2 0

*Распределение больных алкоголизмом
соответственно клиническим проявлениям заболевания*

Код по МКБ-10	Диагноз	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
		абс.	%	абс.	%
F10.3	Алкоголизм II ст., синдром отмены	236	60,4	46	64,8
	Алкоголизм III ст., синдром отмены	18	4,6*	1	1,4
F10.4	Алкоголизм II ст., синдром отмены с делирием	84	21,5	17	23,9
	Алкоголизм III ст., синдром отмены с делирием	35	9*	1	1,4
F10.5	Алкоголизм II ст., психотическое расстройство шизофреноподобное	2	0,5	0	0
	Алкоголизм II ст., алкогольный галлюциноз	3	0,7	4	5,7*
	Алкоголизм II ст., психотическое расстройство смешанное	1	0,3	0	0
F10.6	Алкоголизм II ст., амнестический синдром	2	0,5	0	0
	Алкоголизм III ст., амнестический синдром	8	2	2	2,8
F10.7	Алкоголизм III ст., деменция	2	0,5	0	0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ таблицы 20 показал, что как в мужской, так и в женской группах основной контингент больных проходил лечение с клиникой синдрома отмены без психической симптоматики – F10.3 (65,0 % мужчин и 66,2 % женщин) и синдрома отмены с делирием – F10.4 (30,5 % мужчин и 25,3 % женщин).

Причем у мужчин достоверно чаще отмечались абстинентные состояния, осложненные судорожными припадками и другой психопатологической симптоматикой – F10.31 или F10.39 (4,6 и 1,4 %; $p < 0,05$) и психотические формы синдрома отмены – F10.41–F10.48 (9,0 и 1,4 %; $p < 0,05$). Психотические расстройства, возникающие во время или после приема спиртных напитков в течение от 48 часов до 2 недель или в течение 6 месяцев после редукции синдрома отмены достоверно чаще отмечались у больных женского пола, чем у мужчин (5,7 и 1,5 %; $p < 0,05$).

Не имела достоверных различий по группам исследования частота встречаемости амнестической симптоматики (F10.6) (2,5 % мужчин и 2,8 % женщин) и алкогольной деменции (F10.73) (0,5 и 0 %).

Клинико-динамический анализ сроков формирования алкогольной зависимости позволил сравнить степень прогрессивности патологии (табл. 21). У мужчин достоверно чаще наблюдалась средняя – 7–15 лет (52,2 и 35,2 %; $p < 0,05$) и малая – свыше 15 лет (22,8 и 5,6 %; $p < 0,05$) динамика формирования алкоголизма, тогда как у больных женского пола преобладала высокая – до 6 лет (59,2 и 25,0 %; $p < 0,05$) прогрессивность болезни.

Т а б л и ц а 2 1

*Степень прогрессивности алкогольной зависимости
среди больных мужского и женского пола*

Степень прогрессивности	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Высокая (до 6 лет)	98	25,0	42	59,2*
Средняя (7–15 лет)	204	52,2*	25	35,2
Малая (свыше 15 лет)	89	22,8*	4	5,6

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Таким образом, для мужчин позднего возраста с алкогольной зависимостью типичны: средняя и малая прогрессивность заболевания; клиническая картина, проявляющаяся выраженными соматоневрологическими и психопатологическими расстройствами в виде осложненных и психотических форм синдрома отмены. Клиническая картина алкоголизма позднего возраста у женщин в основном представлена синдромом отмены без психотической симптоматики либо с делирием, а также высоким уровнем прогрессивности болезни. Для них типичны психотические расстройства, развивающиеся во время или после приема алкоголя в течение от 48 часов до 2 недель.

Анализ гендерных показателей различных форм злоупотребления алкоголем (рис. 9) свидетельствует о том, что псевдозапойная форма алкоголизации наблюдалась как у 40,4 % мужчин, так и у 36,6 % женщин позднего возраста.

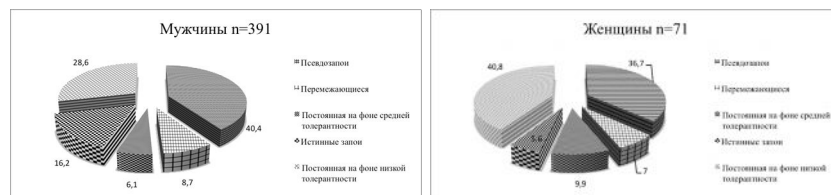


Рис. 9. Формы злоупотребления алкоголем у мужчин и женщин позднего возраста

Для больных мужского пола типичны истинные запои (16,2 и 5,6 %; $p < 0,05$), тогда как для женщин – постоянное потребление на фоне низкой толерантности (40,8 и 28,6 %; $p < 0,05$). Не являлись типичными для мужчин или женщин позднего возраста такие формы злоупотребления алкоголем, как перемежающееся (8,7 и 7,0 %) и постоянное потребление на фоне средней толерантности (6,1 и 9,9 %).

Для выделения основных клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости у лиц позднего возраста с учетом гендерного фактора среди пациентов наблюдаемых групп анализировались следующие параметры: возрастные показатели первой пробы алкоголя, начало систематической алкоголизации, потери количественного контроля в опьянении, формирование синдрома отмены и псевдозапоев, а также возраст первого обращения к наркологу.

Возрастная динамика формирования зависимости у мужчин (I группа) и женщин (II группа) позднего возраста характеризуется следующими гендерными клинико-динамическими особенностями (табл. 22).

Таблица 22

Основные клинико-динамические показатели алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста ($M \pm m$)

Показатель	Лица позднего возраста	
	I группа (n=391)	II группа (n=71)
Возраст первой пробы алкоголя	16,1±2,9	18,7±2,9*
Возраст начала злоупотребления алкоголем	32,0±12,7	36,3±10,0*
Возраст потери количественного контроля	37,6±10,7	41,9±8,5*
Возраст формирования синдрома отмены	38,7±11,2	43,1±9,3*
Возраст формирования псевдозапоев	44,5±11,0	44,7±8,2
Возраст первого обращения к наркологу	59,3±9,1	60,7±5,6

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Для мужчин позднего возраста, в отличие от женщин, характерны более раннее приобщение к спиртным напиткам (в среднем 16,1±2,3 года и 18,7±2,9 года) и более раннее начало злоупотребления алкоголем (в среднем 32,0±12,7 года и 36,3±10,0 года). Потеря количественного контроля и формирование синдрома отмены у больных мужского пола (37,6±10,7 года и 38,7±11,2 года) отмечались также в более раннем возрасте, чем у женщин, (41,9±8,5 года и 43,1±9,3 года).

Анализ возрастных показателей различных форм злоупотребления алкоголем свидетельствует о том, что псевдозапойная форма алкоголизации как у 40,4 % мужчин, так и у 36,6 % женщин позднего возраста наблюдалась в одинаковом возрасте (44,5±11,0 года и 44,7±8,2 года). Причем у больных женского пола после формирования синдрома отмены в течение года появлялись псевдозапойные формы потребления алкоголя. Как пациенты мужского, так и женского пола в среднем к 60 годам впервые обращались к специалистам.

Тщательное изучение отдельных симптомов алкогольной зависимости у данного контингента больных показало следующее. Среди предпочитаемых алкогольных напитков (табл. 23) в обеих группах доминировали крепкие спиртные напитки (55,5 % – в I группе и 53,5 % – во II группе). Треть больных мужского пола предпочтений не имели (30,2 и 22,5 %), тогда как 24,0 % женщин и 14,3 % мужчин достоверно чаще прибегали к слабым спиртным напиткам.

Таблица 23

Предпочитаемые алкогольные напитки по группам исследования

Показатель	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Предпочтений нет	118	30,2*	16	22,5
Крепкие спиртные напитки	217	55,5	38	53,5
Легкие спиртные напитки	56	14,3	17	24,0*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Субъективными причинами алкоголизации у большинства мужчин и женщин позднего возраста (табл. 24) являлись негативные переживания (79,3 и 87,3 %), лишь в 11,2 % случаев в I группе и в 12,7 % во II группе отмечалась гедонистическая мотивация. Для десятой части мужчин, в отличие от женщин, типичны стереотипы алкогольного поведения в силу привычек и обычаев.

Таблица 24

Причины потребления алкоголя по группам исследования

Причины потребления алкоголя	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Чтобы справиться с негативными переживаниями	310	79,3	62	87,3
Чтобы получить удовольствие	44	11,2	9	12,7
В силу привычек и обычаев	37	9,5*	0	0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

На момент обследования толерантность к алкоголю у 81,8 % больных мужского пола и 31,0 % женщин ($p < 0,05$) снижалась, тогда как у 38,0 % женщин и 5,9 % у мужчин ($p < 0,05$) нарастала, а у 31,0 % женщин и 12,3 % мужчин оставалась неизменной (табл. 25).

Т а б л и ц а 2 5

Толерантность к алкоголю по группам исследования

Толерантность к алкоголю	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Не изменялась	48	12,3	22	31,0*
Нарастает	23	5,9	27	38,0*
Снижается	320	81,8*	22	31,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 2 6

Максимальная суточная доза алкоголя

Максимальная суточная доза	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
100—300 мл	57	14,7	11	15,5
300—500 мл	121	30,9	18	25,4
500—750 мл	153	39,1	37	52,1*
Более 750 мл	60	15,3*	5	7,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 2 7

Сохранность защитных реакций по группам исследования

Сохранность защитных реакций	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Никогда не тошнило при приеме алкоголя	27	6,9	11	15,5*
Присутствует, как и ранее	11	2,8	3	4,2
Снижена	65	16,6	8	11,3
Утрачена	279	71,4	47	66,2
Вновь возобновилась	9	2,3	2	2,8

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Выявлено (табл. 26), что максимальная суточная доза спиртных напитков (500—750 мл) наблюдалась у 52,1 % женщин и 39,1 % мужчин ($p < 0,05$). Доза более 750 мл суточного потребления алкоголя характерна для 15,3 % мужчин и 7,0 % женщин ($p < 0,05$).

Защитные реакции на большие дозы спиртного (табл. 27) у большинства мужчин (71,4 %) и женщин (66,2 %) были утрачены или снижены (16,6 и 11,3 %). Кроме того, у 15,5 % лиц женского пола и 6,9 % мужчин ($p < 0,05$) рвотная реакция никогда не проявлялась при употреблении спиртных напитков.

Одним из диагностических признаков алкогольной зависимости является изменение картины опьянения (табл. 28). Для больных мужского пола типичны картины опьянения в виде длительной эйфории (11,8 и 7,0 %; $p < 0,05$) и кратковременной эйфории, сменяющейся дисфорией (20,9 и 9,9 %; $p < 0,05$) или расторможенностью (18,7 и 9,9 %; $p < 0,05$). Клиническая картина алкогольного опьянения у женщин характеризовалась вялоапатическими депрессивными состояниями (16,9 и 11,8 %;

$p < 0,05$) или истерическими реакциями с самоповреждениями и суицидальными попытками (18,3 и 3,6 %; $p < 0,05$). У трети мужчин и женщин наблюдалось атипичное опьянение с сомнолентностью (33,2 и 38,0 %).

Т а б л и ц а 2 8

Картина опьянения по группам исследования

Картина опьянения	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Длительная эйфория	46	11,8*	5	7,0
Кратковременная эйфория сменяется дисфорией	82	20,9*	7	9,9
Эйфория сменяется расторможенностью	73	18,7*	7	9,9
Вялоапатические депрессивные состояния	46	11,8	12	16,9*
Истерические реакции с демонстративными самоповреждениями, суицидами	14	3,6	13	18,3*
Сонливость	130	33,2	27	38,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Причем 71,6 % больных I группы и 78,9 % II группы указывают на изменение картины опьянения в последний год (табл. 29).

Амнестические формы опьянения (табл. 30) достоверно чаще встречались у женщин, чем у мужчин («практически всегда» – 74,6 % женщин и 59,1 % у мужчин, $p < 0,05$).

Изучение патологического влечения к алкоголю (табл. 31, 32) позволило установить, что большинство мужчин и женщин утратили как количественный (66,8 и 73,2 %), так и ситуационный (72,1 и 76,0 %) контроль употребления спиртных напитков. Однако у десятой части женщин достоверно чаще, чем у мужчин (11,3 и 6,6 %; $p < 0,05$), сохранялся количественный контроль употребления алкоголя.

Т а б л и ц а 2 9

Изменение картины опьянения за последний год

Изменение картины опьянения	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Не отмечает	111	28,4	15	21,1
Отмечает	280	71,6	56	78,9

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 3 0

Амнезии отдельных периодов опьянения по группам исследования

Амнезии опьянения	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Нет	40	10,2	7	9,9
Редко	120	30,7*	11	15,5
Практически всегда	231	59,1	53	74,6*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 3 1

**Динамика количественного контроля
употребляемого алкоголя по группам исследования**

Сохранность количественного контроля употребляемого алкоголя	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Полностью контролирует количество	26	6,6	8	11,3*
Изредка теряет контроль над количеством	104	26,6*	11	15,5
Полная утрата при употреблении минимальных доз	261	66,8	52	73,2*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 3 2

**Динамика ситуационного контроля
употребляемого алкоголя по группам исследования**

Сохранность ситуационного контроля употребляемого алкоголя	I группа (n=391)		II группа (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Полностью контролирует ситуацию	44	11,3	7	9,9
Избегает ситуаций, когда его пьянство может быть обнаружено	65	16,6	10	14,1
Не обращает внимания на ситуацию	282	72,1	54	76,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что алкогольная зависимость позднего возраста у мужчин начинает формироваться на 4—5 лет раньше, чем у женщин, однако для последних характерна высокая прогрессивность заболевания. Псевдозапойное пьянство является доминирующим в исследуемых группах. Типичными формами злоупотребления алкоголем для лиц мужского пола являются истинные запои, а для больных женского пола – постоянное пьянство на фоне низкой толерантности. Предпочтительными спиртными напитками независимо от пола являются крепкие, однако часть женщин достоверно чаще прибегали к слабым спиртным напиткам. Субъективными причинами алкоголизации у большинства мужчин и женщин служили негативные переживания. Гедонистическая мотивация наблюдалась лишь у десятой части исследуемых. Толерантность к алкоголю в $\frac{3}{4}$ случаев у мужчин снижалась, тогда как у женщин нарастала или оставалась неизменной. Защитные реакции на алкоголь у пациентов обеих групп утрачены или снижены. Атипичное опьянение в виде сонливости наблюдается у трети мужчин и женщин. Характерным только для лиц мужского пола явилось опьянение с кратковременной эйфорией, сменяющееся дисфорией или расторможенностью, а для лиц женского пола – атипичное депрессивное или истерическое с самоповреждениями и суицидальными попытками. Амнестические формы опьянения достоверно чаще наблюдались у женщин. Патологическое влечение к алкоголю с утратой количественного и ситуационного контроля типично для $\frac{2}{3}$ пациентов мужского и женского пола.

**3.2. Клинико-динамические особенности алкогольных
психозов у мужчин и женщин позднего возраста**

Вопросам клинико-психопатологических особенностей и течения алкогольных психозов посвящено большое количество исследований (Иванец Н. Н., 1975, 2002; Качаев А. К., 1983; Шумский Н. Г., 1998; Агарков А. П., 2000; Шаропова Н. М., 2001; Пепелец А. В., 2002; Уткин С. И., 2003; Абрамов Д. И., 2006, 2007; Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009). Н. Н. Иванец, М. А. Винникова (2002) предложенную классификацию алкогольных психозов рассматривали с позиций их синдромологического разделения, так как это помогает правильно диагностировать конкретные психопатологические состояния и определить дифференцированную терапию. Ряд отечественных исследований посвящен динамике (Иванец Н. Н., 1995; Гофман А. Г., 2003; Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009) и клиническому патоморфозу (Шумский Н. Г., 1998; Шаропова Н. М., 2001; Пепелец А. В., 2002; Уткин С. И., 2003) алкогольных психозов.

В последние годы в связи со старением населения планеты проблема алкоголизма у лиц позднего возраста является одним из важных социальных направлений (Семке В. Я., 2009; Бохан Н. А., Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., 2013). Исследования, посвященные различным аспектам алкоголизма и алкогольных психозов у лиц позднего возраста, немногочисленны и касаются вопросов клиники острых алкогольных психозов (Абрамов Д. И., 2006, 2007), гендерных особенностей алкоголизма и алкогольных психозов (Егоров А. Ю., Сиволап Ю. П., Дамулин И. В., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Певцов Г. В., 2007; Бохан Н. А., Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., 2013), возрастных клинико-динамических проявлений (Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Власов А. А., Юркина Н. В., 2012). Актуальной тематикой по-прежнему остаются вопросы дифференциальной диагностики, клиники, динамики, дифференцированной психофармакотерапии и реабилитационно-профилактической помощи лицам позднего возраста с алкоголизмом и алкогольными психозами.

Клинико-психопатологическому и клинико-динамическому сравнительному анализу по группам наблюдения подверглись данные относительно распределения больных с алкогольными психозами соответственно ведущему синдрому, распространенности клинических форм алкогольного делирия, частоте госпитализаций, длительности ремиссий после перенесенного психоза и характеру течения алкогольных психозов.

Сравнительный анализ распределения мужчин и женщин позднего возраста с алкогольными психозами по ведущему синдрому на момент госпитализации (табл. 33) показал, что алкогольный делирий был ведущим психопатологическим расстройством в обеих группах. Однако достоверно чаще встречался у мужчин позднего возраста (86,8 и 75,0 %; $p < 0,05$), тогда как у женщин позднего возраста типичным алкогольным психозом являлся вербальный галлюциноз (16,6 и 2,3 %; $p < 0,03$). У части пациентов в обеих группах диагностированы амнестические расстройства (Корсаковский психоз) – соответственно 7,3 и 8,4 %. В единичных случаях у больных мужского пола наблюдались алкогольная деменция (1,4 и 0 %), алкогольные шизофреноподобные (1,4 и 0 %) и депрессивные (0,8 и 0 %) психотические расстройства.

Т а б л и ц а 3 3

Распределение больных позднего возраста с алкогольными психозами по ведущему синдрому на момент госпитализации

Ведущий синдром	I группа (n=137)		II группа (n=24)	
	абс.	%	абс.	%
Делириозный	119	86,8*	18	75,0
Вербальный галлюциноз	3	2,3	4	16,6*
Эндормный (шизофреноподобный)	2	1,4	-	-
Депрессивный	1	0,8	-	-
Корсаковский (амнестический)	10	7,3	2	8,4
Дементный	2	1,4	-	-

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Полученные данные свидетельствуют, что у женщин позднего возраста, в отличие от мужчин, по мере прогрессирования алкоголизма происходит утяжеление клинической картины в направлении от делириев к галлюцинозам и амнестическим расстройствам, тогда как у мужчин – от пролонгированных делириев к грубоорганическим состояниям (амнестические расстройства, деменции).

Анализ относительной частоты клинических форм алкогольного делирия по группам исследования (табл. 34) продемонстрировал, что у половины пациентов мужского и женского пола (49,6 и 50,0 %) наблюдался классический и лишь в единичных случаях – абортный (5,0 и 5,6 %) делирий. Типичными для больных мужского пола являлись алкогольный делирий с судорожными припадками (8,4 и 0 %), люцидный (11,8 и 5,6 %; $p < 0,05$) и мусситирующий (15,1 и 11,1 %; $p < 0,05$) делирий. Для женщин позднего возраста характерны тяжело протекающие алкогольные психозы в форме профессионального делирия (27,7 %, 10,1 % у мужчин; $p < 0,05$). В структуре последнего имели место слуховые галлюцинации императивного, уничижительного, обвинительного характера и зрительные галлюцинации, связанные с профессиональной деятельностью.

Т а б л и ц а 3 4

Относительная частота клинических форм алкогольного делирия у мужчин и женщин позднего возраста

Клиническая форма алкогольного делирия	МКБ-10	I группа (n=119)		II группа (n=18)	
		абс.	%	абс.	%
Классический	F10.40	59	49,6	9	50,0
С судорожными припадками	F10.41	10	8,4*	-	-
Мусситирующий	F10.42	18	15,1*	2	11,1
Профессиональный	F10.43	12	10,1	5	27,7
Люцидный	F10.44	14	11,8*	1	5,6
Абортный	F10.45	6	5,0	1	5,6

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Клинико-психопатологическая картина алкогольного делирия в наблюдаемых группах проявлялась мерцающей психотической симптоматикой, протрагированным выходом из состояния помраченного сознания с выраженной астенией в сочетании с гиповолемией, высоким риском обострения острых сердечно-сосудистых заболеваний и алкогольной полинейроэнцефалопатии. При этом данная психопатологическая симптоматика была более выражена у пациентов женского пола и коррелировала с профессиональным, а у мужчин – с мусситирующим делирием и делирием с судорожными припадками.

Т а б л и ц а 3 5

Распределение больных позднего возраста с алкогольными психозами по числу госпитализаций

Характер госпитализаций	I группа (n=137)		II группа (n=24)	
	абс.	%	абс.	%
Первичные	90	65,6*	9	37,5
Повторные	47	34,4	15	62,5*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Т а б л и ц а 3 6

Распределение лиц позднего возраста по длительности ремиссии после перенесенного психотического эпизода

Длительность ремиссии	I группа (n=47)		II группа (n=15)	
	абс.	%	абс.	%
Менее 6 месяцев	5	10,7	7	46,6*
Более 9 месяцев	11	23,4	3	20,0*
Более 12 месяцев	31	65,9	5	33,4

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Из данных таблицы 35 следует, что женщины позднего возраста достоверно чаще госпитализировались 2 раза и более (62,5 и 34,4 %; $p < 0,05$), а пациенты мужского пола достоверно чаще госпитализировались впервые (65,5 и 37,5 %; $p < 0,05$).

Частота госпитализаций соотносилась с длительностью ремиссий после перенесенного психотического эпизода по группам исследования (табл. 36).

Как видно из таблицы 36, для большинства больных мужского пола типичны ремиссии более 12 месяцев (65,9 и 33,4 %; $p < 0,05$), тогда как для женщин – ремиссии менее 12 месяцев (66,6 и 34,1 %; $p < 0,05$). Причем у 46,6 % госпитализированных повторно женщин и у 10,7 % мужчин ($p < 0,05$) ремиссии между психозами не превышали 6 месяцев. Полученные данные свидетельствуют, что для женщин позднего возраста, в отличие от мужчин, типичны повторные госпитализации и, соответственно, более протрагированные алкогольные психозы.

Изучение распределения лиц позднего возраста по характеру течения алкогольных психозов было основано на классификации алкогольных психозов Н. Н. Иванца. Как видно из таблицы 37, эпизодически протекающие (однократные) алкогольные психозы, ограничивающиеся синдромом острых экзогенных типов реакций, характерны для 59,8 % мужчин и 37,5 % женщин позднего возраста ($p < 0,05$).

Т а б л и ц а 3 7

Распределение лиц позднего возраста по характеру течения алкогольных психозов

Характеристика алкогольных психозов	I группа (n=137)		II группа (n=24)	
	абс.	%	абс.	%
1. Эпизодически протекающие (однократные)	82	59,8*	9	37,5
- ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций	82	59,8*	9	37,5
- сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций	-	-	-	-
2. Приступообразно протекающие	34	24,9	13	54,2*
- ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций	34	24,9	4	16,7
- сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций	-	-	9	37,5
- шизоформные	-	-	-	-
- приступообразно протекающие, с развитием грубоорганических состояний	-	-	-	-
3. Затяжные алкогольные психозы	21	15,3*	2	8,3
- эндоформные	9	6,5*	-	-
- с развитием грубоорганических состояний	12	8,8	2	8,3

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Приступообразно протекающие алкогольные психозы достоверно чаще наблюдались у больных женского пола (54,2 и 24,9 %; $p < 0,05$). Для 9 (37,5 %) пациенток женского пола были характерны психозы, сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций. Клиническая картина последних характеризовалась последующей сменой вербального галлюциноза

делирием или сменой делирия галлюцинозом, в 16,7 % случаев наблюдались приступообразно протекающие психозы с развитием грубоорганических состояний. У 24,9 % лиц мужского пола приступообразно протекающие алкогольные психозы ограничивались синдромом острых экзогенных типов реакций.

Затяжные алкогольные психозы типичны для 15,3 % лиц мужского и 8,3 % лиц женского пола ($p < 0,05$). Причем в 6,5 % ($n=9$) случаев отмечались эндоформные психотические расстройства, которые проявлялись у 3 (2,3 %) мужчин пролонгированным делирием, в 2,3 % ($n=3$) случаев – хроническим алкогольным галлюцинозом, в 1,4 % ($n=2$) – шизофреноподобным, в 0,8 % ($n=1$) – депрессивным психотическим расстройствами. Затяжные алкогольные психозы с развитием грубоорганических состояний были диагностированы у 12 (8,8 %) мужчин и 2 (8,4 %) женщин. Алкогольная деменция наблюдалась только у 2 (1,4 %) больных мужского пола.

Таким образом, алкогольные психозы у мужчин и женщин позднего возраста имеют ряд клинико-психопатологических особенностей. Среди всех алкогольных психозов для мужчин позднего возраста типичен алкогольный делирий (86,8 %), вторые позиции занимают алкогольные амнестические расстройства (7,3 %). Тогда как для женщин, наряду с алкогольным делирием (75,0 %) и амнестическими расстройствами (8,4 %), специфичен алкогольный вербальный галлюциноз (16,6 %; $p < 0,05$). Клинические формы алкогольного делирия у половины мужчин и женщин позднего возраста определяются классическим делирием. Типичными для больных мужского пола являлись мусситирующий, люцидный и делирий с судорожными припадками, а для лиц женского пола – профессиональный. У женщин позднего возраста по мере прогрессирования алкоголизма происходит утяжеление клинической картины в направлении от делириев к галлюцинозам и амнестическим расстройствам, тогда как у мужчин – от пролонгированных делириев к грубоорганическим состояниям (амнестические расстройства, деменции). Более половины женщин (62,5 %) достоверно чаще госпитализировались 2 раза и более, у 46,6 % пациенток данной группы отмечались пролонгированное течение алкогольного психоза и ремиссии менее 6 месяцев. Тогда как для больных мужского пола типичны первичные госпитализации (65,6 %) и ремиссии более 12 месяцев (65,9 %). Для лиц мужского пола характерны алкогольные психозы, эпизодически протекающие (однократные), ограничивающиеся синдромом острых и экзогенных типов реакций (59,8 %), и затяжные эндоформные (6,5 %) или с развитием грубоорганических состояний (8,8 %). Тогда как для больных женского пола наиболее типичными были приступообразно

протекающие, сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакции (37,5 %) или развитием грубоорганических состояний (8,3 %). Выявленные клинико-психопатологические особенности алкогольных психозов у мужчин и женщин позднего возраста необходимо учитывать с целью улучшения диагностики, прогнозирования их течения и применения дифференцированных методов терапии.

3.3. Дифференциальный подход к диагностике и динамике алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста

Гендерные особенности алкоголизма, по мнению ряда авторов, характеризуются универсальностью болезненного процесса, его специфичностью и уникальностью у женщин. Некоторые отечественные исследователи свидетельствуют, что на формирование алкогольной зависимости у лиц позднего возраста как у мужчин, так и у женщин в значительной степени оказывают такие факторы, как культурный уровень, образовательный ценз и профессия (Альтшулер В. Б., 2000; Надеждин А. В., 2002; Шайдукова Л. К., 2005; Одарченко С. С., 2006; Егоров А. Ю., 2007; Сиволап Ю. П., Дамулин И. В., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Певцов Г. В., 2007; Клименко Т. В., Кирпиченко А. А., 2007; Бохан Н. А., Семке В. Я., 2009; Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Власов А. А., Юркина Н. В., 2012).

А. Ю. Егоровым (2007) была отмечена исходная гетерогенность группы, которую составляли лица с ранним началом алкоголизма и продолжающие злоупотреблять во второй половине жизни, а также больные с собственно поздним алкоголизмом.

Дифференциальный подход к диагностике, клинике и динамике алкоголизма позднего возраста показал, что как в мужской, так и в женской группе часть пациентов обнаружили признаки алкогольной зависимости и впервые обратились к наркологу после 60 лет, другая часть больных проходили противоалкогольное лечение ранее 60-летнего рубежа. С учетом данного критерия в каждой гендерной группе выделены по две подгруппы наблюдения. Лица с алкогольной зависимостью, впервые обратившиеся за наркологической помощью после 60 лет: 1-я подгруппа – мужчины, средний возраст $65,7 \pm 6,25$ года ($n=129$) и 3-я подгруппа – женщины, средний возраст $65,0 \pm 4,29$ года ($n=43$), а также лица, впервые обратившиеся за наркологической помощью до 60 лет: 2-я подгруппа – мужчины, средний возраст $65,4 \pm 5,03$ года ($n=262$) и 4-я подгруппа – женщины, средний возраст $65,0 \pm 3,96$ года ($n=28$), проходившие лечение до исполнения 60 лет.

Для выделения основных клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости среди данных пациентов анализировались возрастные показатели: первой пробы алкоголя, начало систематической алкоголизации, потери количественного контроля в опьянении, формирование синдрома отмены и псевдозапойев, а также возраст первого обращения к наркологу (табл. 38).

Т а б л и ц а 38

Дифференциальные клинико-динамические показатели алкоголизма позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет

Основные возрастные клинико-динамические показатели	Мужчины (n=391)		Женщины (n=71)	
	1-я подгруппа (n=129)	2-я подгруппа (n=262)	3-я подгруппа (n=43)	4-я подгруппа (n=28)
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m
На момент исследования	65,7±6,2	65,4±5,0	65,0±4,2	65,0±3,9
Первая проба алкоголя	16,4±2,5	16,0±2,2	18,9±2,4	18,6±3,1
Начало злоупотр. алкоголем	46,6±14,3*	27,7±8,2**	42,2±9,7	32,3±8,0
Потеря колич. контроля	50,7±11,5*	33,6±10,3	46,5±8,0	36,7±9,7
Формирование синдрома отмены	52,4±10,5*	35,2±11,7**	47,3±7,3	39,4±9,9
Формирование псевдозапойев	55,4±10,9*	41,3±8,9	49,3±6,8	41,6±7,6
Первое обращение к наркологу	60,7±8,7	48,1±9,7**	64,7±5,2	58,6±5,7

Примечание. * – Данные с достоверностью $p_{1-3} < 0,05$. ** – Данные с достоверностью $p_{2-4} < 0,05$.

Анализ клинико-динамических показателей в 1-й и 2-й подгруппах у мужчин свидетельствует, что алкоголизация в обеих подгруппах началась в позитивной фазе пубертата, после 16 лет. Следует отметить, что больные 1-й подгруппы злоупотреблять спиртными напитками начали после 46 лет, в начале шестого десятка у них был сформирован синдром отмены с потерей количественного контроля и лишь после 55 лет появились псевдозапойи, а в начале седьмого десятка они впервые обратились к специалисту. Пациенты 2-й подгруппы начали злоупотреблять алкоголем в конце третьего десятка лет, в середине четвертого десятилетия потеряли количественный контроль и приобрели признаки физической зависимости, после 40 лет пьянство приняло псевдозапойный характер, во второй половине пятого десятилетия они впервые попали в поле зрения нарколога. Пациенты 3-й и 4-й женских подгрупп впервые употребили спиртное после исполнения совершеннолетия – в 19 лет, однако больные 3-й подгруппы начали злоупотреблять алкоголем в начале пятого десятка и после 45 лет у них был сформирован синдром отмены с потерей количественного контроля. В 50-летнем возрасте злоупотребление алкоголем приняло псевдозапойный характер, а в середине седьмого десятка они впервые обратились к наркологу. Для женщин 4-й подгруппы типичными являлись: начало злоупотребления спиртными напитками после 30 лет, быстрое формирование

синдрома отмены с потерей количественного контроля и псевдозапойной формой алкоголизации в начале пятого десятилетия, а в первые годы пенсионного периода (после 55 лет) они впервые проходили противоалкогольное лечение.

При сравнительном анализе динамических показателей формирования алкогольной зависимости в 1-й и 3-й идентичных подгруппах установлено, что мужчины на 2,5 года раньше, чем женщины, впервые попробовали спиртные напитки, на 5 лет позже у них сформировались признаки физической зависимости, на 5 лет раньше они обратились к наркологу для лечения. Отличительными особенностями для мужчин 2-й подгруппы по сравнению с женщинами 4-й подгруппы являлись: раннее начало алкоголизации во второй половине пубертата, формирование признаков алкогольной зависимости на 4—5 лет раньше, чем у женщин, однако в одно и то же время, т. е. в начале пятого десятка у пациентов обеих подгрупп было сформировано псевдозапойное пьянство, но женщины на 10 лет позже впервые проходили лечение.

Для иллюстрации клинических проявлений алкогольной зависимости в каждой из подгрупп представлены следующие клинические случаи.

Далее приведены клинические проявления алкоголизма позднего возраста с первичным обращением к наркологу после 60 лет.

Больной И., 60 лет, первичный. На момент осмотра предъявляет жалобы на бессонницу, ранние пробуждения.

Накануне поступления запой в течение 4 дней. Прекратил прием алкоголя самостоятельно, так как «хотел подлечиться, чтобы не было тяги...». На фоне абстиненции стал раздражительным, ругался с родственниками, появились жалобы на нарушения сна, головные боли, ощущал перебои в работе сердца. По настоянию сына обратился в наркологическое отделение и был госпитализирован с диагнозом: «Хронический алкоголизм II ст. Запойная форма потребления. Алкогольный абстинентный синдром средней тяжести».

Anamnesis vitae. Родился в семье рабочих, имеет младшую сестру и старшего брата, страдающего алкоголизмом. Родители алкоголем не злоупотребляли, отношения в семье гармоничные. Рос и развивался соответственно возрасту, по характеру считает себя общительным, доброжелательным. После окончания 10 классов школы получил образование «футеровщик-кислотоупорщик», работал с химикатами на трубопрокатном и тракторном заводах, часто выезжал в командировки, где бывали случаи злоупотребления алкоголем. На работе всегда стремился к высоким должностям, требовал четкого исполнения обязанностей от подчиненных; считает себя трудолюбивым. С 55 лет находится на пенсии, подрабатывает охранником в ЧОПе. Женат в течение 38 лет, имеет 2 взрослых детей. Проживает вместе с женой и сыном, часто ссорится с ними из-за того, что они живут на его деньги, сын не хочет работать, злоупотребляет пивом. Несколько раз хотел выгнать их из дома.

Из перенесенных заболеваний: многократные пневмонии, последняя в 1992 г. с осложнением на сердце – ревматический порок митрального клапана. В 1996 г. – протезирование митрального клапана. Инвалид III группы по сердечно-сосудистому заболеванию, страдает аритмией, принимает варфарин.

Anamnesis morbi. Возраст начала потребления алкоголя не помнит. Впервые почувствовал сильное алкогольное опьянение в 21 год. С этого момента ситуационно злоупотреблял алкоголем (1—4 раза в месяц), в особенности в командировках. Мог выпить до 1,5 литров водки. С 2004 по 2008 г. пил очень мало, так как жил в Германии – «там это не принято...». С 2008 г. «развязался», с каждым годом пьет все больше, начались запои по 3—4 дня, с последующими перерывами на 2—3 недели. Влияние негативных обстоятельств на потребление алкоголя отрицает, всегда выпивал ради удовольствия, по праздникам, в качестве вознаграждения самого себя после хорошо сделанной работы. Максимальная суточная доза алкоголя – 500 мл водки. Толерантность снизилась в течение последних 5 лет, считает, что пить стал меньше, а «болей» больше. В абстиненции вместе с патологическим влечением нарастают тревога, жажда, раздражительность, головные боли, гиперактузия. Предпочитает равномерно распределять суточную дозу алкоголя в течение дня. Рвотный рефлекс утрачен. В опьянении длительная эйфория, изменений в картине опьянения за последнее время не отмечает. Количественный и ситуационный контроль потерян. Госпитализацию связывает исключительно с претензиями родственников.

Соматоневрологический статус. Нормостеник. Рост 167, вес 80. При внешнем осмотре: ожирение, гинекомастия, гиперемия лица с расширением кожных капилляров, телеангиоэктазии. На левой руке экзема, которую связывает с работой на вредном производстве. Язык обложен, печень: ±2 см. Татуировка. Пальценосовую пробу выполняет уверенно, устойчив, походка ровная. Лицо симметрично, очаговой симптоматики нет. Обнаруживает легкий тремор пальцев при вытягивании рук перед собой. Аппетит достаточен, физиологические опавления в норме, сон не глубокий, ранние пробуждения.

Психический статус. Обследован на третий день после поступления. Самостоятельно вошел в кабинет. Следит за внешним видом: гладко выбрит, аккуратно причесан, одет опрятно. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Охотно идет на контакт, на вопросы отвечает последовательно, по существу. Обстоятелен, склонен к подробному описанию негативных личностных качеств близких родственников, настоявших на его госпитализации. Грубых расстройств памяти не выявлено. Подробно описывает события, происходившие накануне госпитализации, а также события текущего дня. Сниженное настроение старается замаскировать натянутой улыбкой, голос громкий, стремится произвести впечатление бодрого, здорового человека. Суточных колебаний настроения нет. Напряжен. Движения резкие, суетливые.

В отделении режим не нарушает, поддерживает дружеские отношения с соседями по палате, лекарства принимает без возражений. Много ходит по коридору, ссылаясь на то, что временами становится тревожно, появляется сильное желание выпить. Слуховые и зрительные обманы восприятия отрицает, внешне не обнаруживает. Плохо переносит резкие и громкие звуки, а также яркий солнечный свет. Бредовых идей не высказывает. Сон поверхностный,

просыпается от незначительного шума, плохо засыпает. Аппетит достаточен, физиологические оправления в норме. Суицидальных мыслей не высказывает. Критики к своему состоянию нет. Считает, что последние месяцы злоупотребления алкоголем имели место, однако необходимости госпитализации не было. Заявил, что в любой момент может полностью бросить пить, однако не видит в этом необходимости.

Экспериментально-психологическое исследование. Сумма баллов по шкале CIWA – 4. Патологическое влечение к алкоголю (по шкале В. Б. Альтшулера) – 5 баллов: обнаруживает мимические реакции при разговоре об алкоголе, заинтересован в скорой выписке, на вопросы о возможности полного отказа от приема алкоголя отвечает неопределенно, уклончиво. Внимание (по шкале Шульте) устойчивое, эффективность работы (по А. Ю. Козыревой) соответствует возрасту, счет по Крепелину выполняет без ошибок.

Обследован с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ). Выявлены акцентуации по шкалам: сенситивность – реалистичность – 2 балла; эмоциональная стабильность – эмоциональная лабильность – 3 балла; ригидность – гибкость – 9 баллов.

Для данных значений наиболее вероятны следующие характеристики.

Реалистичность. Это эмоционально зрелые люди, рационалистичные, расцудочные, уравновешенные, здравомыслящие, реалистичные, не склонные к фантазиям, с прагматической ориентацией интересов, хорошо разбираются в практических вопросах жизни. Им не свойственны ни сентиментальность, ни эмоциональная утонченность, ни впечатлительность. Их интересы узки и однотипны. В своем поведении они руководствуются надежными реально ощущаемыми ценностями. В общении им не хватает деликатности и тактичности. Возможны проявления бесцеремонности, самоуверенности, грубости, жесткости, которые воспринимаются как прямота и откровенность, а не как проявления озлобленности.

Эмоциональная стабильность. Характерно сохранение эмоциональной стабильности, организованного поведения и ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуациях. Такие испытуемые отличаются зрелостью, отличной адаптацией, устойчивостью настроения, отсутствием большой напряженности, беспокойства, склонны к лидерству и общительности.

Ригидность. Испытуемые с такими значениями консервативны, упрямы, упорны, настойчивы, аккуратны, педантичны. Они привержены порядку, правилам, предписаниям, предпочитают устоявшиеся, неизменные способы деятельности. Им сложно переключиться с одних способов деятельности на другие, так как сначала должны все спланировать. В быстро меняющейся обстановке они проявляют неуверенность, с трудом привыкают к переменам, подозрительно относятся ко всему новому, недоверчивы к окружающим, обидчивы, застревают на негативных переживаниях. Они скорее не способны адекватно реагировать на изменения ситуации, быстро и своевременно изменить деятельность и поведение, выделить значимые условия, оценить рассогласование полученных результатов с целью деятельности и внести коррективы.

Диагноз: Алкоголизм II ст. ААС средней степени тяжести.

Далее описаны клинические проявления алкоголизма позднего возраста у пациентки, обратившейся за наркологической помощью после 60 лет.

Больная Р., 60 лет, первичная. Жалобы на сниженное настроение, плаксивость, тремор, пароксизмальную потливость, беспокойство, желание снять эмоциональный дискомфорт с помощью алкоголя. Обратилась к наркологу по настоянию родственников – запои по 2–3 дня с перерывами до 3 недель. Считает, что ей необходимо противоалкогольное кодирование.

Anamnesis vitae. Родилась в семье рабочих. Отец и дед по линии матери, а также родной брат злоупотребляли алкоголем. Взаимоотношения родителей гармоничные, однако с матерью часто конфликтовала – та говорила, что ее братья желанны, а она – «ошибка природы». По характеру считает себя веселой, общительной, проблем с коммуникацией не было. Закончила школу, затем педагогическое училище. Большую часть жизни проработала педагогом-воспитателем в детском саду. Когда детские сады начали закрываться, перешла на работу кондуктором автобуса, где проработала 11 лет перед пенсией. К работе всегда относилась очень ответственно, пользовалась уважением коллег. Сейчас не работает, но считает, что подработка ей необходима, чтобы занять себя чем-либо. В 22 года вышла замуж, родила 2 детей. Сын погиб в 18 лет; дочь замужем, проживает отдельно. Муж военный, умер 1,5 года назад от инфаркта, алкоголем не злоупотреблял. Отношения с ним считает идеальными, до сих пор очень тяжело переживает утрату. Большую часть времени проводит в одиночестве, иногда навещает дочь и внуков. В течение жизни пережила несколько депрессивных эпизодов, связанных со смертью родственников. Из перенесенных заболеваний: гипертоническая болезнь с подъемом АД до 200/140 мм рт. ст., хронический пиелонефрит, остеохондроз, операции в 2002 г. (гинекология) и в 2007 г. (грыжа живота). Принимает энап, адельфан.

Anamnesis morbi. Первый прием алкоголя в 22 года, на своей свадьбе. До 30 лет употребляла алкоголь эпизодически, в минимальных количествах. Затем переехали на Север, где приходилось выпивать по выходным (жили в общежитии), 3–4 раза в месяц до 300 мл водки. Последние 5 лет жили с мужем в Верхнем Уфалее, алкоголь употребляли редко, так как у мужа болело сердце. После его смерти начала употреблять алкоголь значительно чаще, последний год запои по 2–3 дня с перерывами до 3 недель. Предпочитает водку, суточная доза до 750 мл, с равномерным распределением в течение дня. В опьянении вялая, апатичная. Картина алкогольного опьянения изменилась после смерти мужа – раньше выпивала ради удовольствия, чувствовала эйфорию, сейчас, чтобы справиться с остро возникающим чувством одиночества и тоски. Толерантность нарастает, рвотный рефлекс утрачен, количественный и ситуационный контроль сохранен полностью. Избегает ситуаций, когда ее пьянство может быть обнаружено, пьет в основном в одиночестве, родственников стесняется.

Соматоневрологический статус. Пикнического телосложения, рост 164 см, вес 80 кг. Во время перепадов АД жалобы на головную боль, одышку. На момент осмотра АД 160/90, ЧСС 90 уд/мин. Умеренный тремор пальцев рук, гипергидроз. Устойчива, пальценосовую пробу выполняет уверенно, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Аппетит снижен, сон поверхностный, физиологические оправления в норме.

Психический статус. Самостоятельно вошла в кабинет. Не решительна, суетлива, тревожна, нервно теребит в руках сумку. Движения размашистые, неловкие. Выражение лица скорбное, старается вызвать жалость доктора, плачет, описывая психотравмирующие ситуации. Следит за внешним видом, аккуратно причесана, пользуется косметикой. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Охотно вступает в беседу, на вопросы отвечает последовательно, по существу, обстоятельно описывает свои переживания. Уровень интеллекта соответствует полученному образованию. Обманов восприятия не обнаруживает, бредовых идей не высказывает. Грубых нарушений памяти и мышления не выявлено – подробно и последовательно описывает основные жизненные события, а также события, непосредственно предшествовавшие обращению к доктору. В отношениях с окружающими вежлива, предупредительна, о себе говорит, что старается быть незаметной и доставлять как можно меньше беспокойства, вместе с тем сильно обижается, когда родственники перестают интересоваться ее самочувствием. Самооценка снижена, считает, что без мужа не способна жить полноценной жизнью. Сон поверхностный, в особенности в период абстиненции – вынуждена употреблять барбитураты. Аппетит достаточен, жалоб на физиологические опавления нет. Суицидальные мысли отрицает, говорит, что никогда не покончит с собой из-за стыда перед родственниками. Критика к состоянию сохранена, сильно встревожена своей алкоголизацией, готова выполнять все рекомендации доктора.

Экспериментально-психологическое исследование. Сумма баллов по шкале CIWA – 10. Клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю (по В. Б. Альтшулеру) – 3 балла. Внимание (по шкале Шульце) устойчивое, эффективность работы (по А. Ю. Козыревой) соответствует возрасту, счет по Крепеллину выполняет без ошибок.

Обследована с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ). Выявлены акцентуации по шкалам: гипертимность – гипотимность – 2 балла, социальная активность – социальная пассивность – 2 балла, сенситивность – реалистичность – 8 баллов, психовегетативная стабильность – нейротизм – 10 баллов, ригидность – гибкость – 10 баллов. Для данных значений наиболее вероятны следующие характеристики темперамента: *эмоционально нестабильный социально пассивный тип*.

Для мужчин и женщин данного типа (шкалы: -Г -СА +Н +Сен +Роб +Агр +ЭмЛ +Ри) характерны избыточная реактивность и неустойчивость (лабильность) эмоциональных состояний с преобладанием сниженного фона настроения, когда самые незначительные события вызывают у них легкую смену спадов и подъемов настроения; малейшие неприятности погружают их в угрюмое, мрачное настроение, а приятные события легко поднимают настроение, возвращают веселье, жизнерадостность, оптимизм. Нередко колебания настроения возникают как бы спонтанно, без видимых внешних поводов и сопровождаются повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы, переживаниями физического неблагополучия, постоянной озабоченностью соматическим состоянием, высказыванием неопределенных соматических жалоб, характерных для астенических личностей.

Психовегетативная неустойчивость ещё более усиливается при действии различных истощающих факторов (захватывает дыхание, бросает в дрожь, пересыхает во рту, тело покрывается потом) и проявляется жалобами на общую слабость, отсутствие чувства отдыха после сна, трудность концентрации внимания, неприятные ощущения в голове, различных частях тела. Такие испытуемые имеют низкую самооценку, тревожны, пессимистичны, беспокойны, пассивны, робки и застенчивы, неуверенны в себе, впечатлительны, чувствительны, обидчивы, стеснительны в социальных контактах, подозрительно относятся ко всему новому, с трудом привыкают к переменам. Застывая на негативных переживаниях, они могут быть несдержанными, раздражительными, вспыльчивыми, склонными проявлять вербальную агрессию (ссоры, оскорбления, угрозы). Агрессивные, гневные реакции у них легко возникают, имеют импульсивный характер и плохо контролируются.

Будучи недоверчивыми к окружающим, эти испытуемые имеют низкую потребность в общении, ограничивают социальные контакты, предпочитают компаниям уединение, сдержаны, необщительны, с трудом переключаются в процессе общения от одного человека к другому. В реальной жизни им не хватает инициативности, практичности, решительности и настойчивости в отстаивании своих интересов. Компенсируя свою тревожность, неуверенность и беспокойство, они становятся консервативными, аккуратными, педантичными, приверженными порядку, правилам, предписаниям, устоявшимся, неизменным способам деятельности, в чем проявляют упорство и упрямство. Тщательно планируя все свои поступки, они не способны адекватно реагировать на стремительные изменения ситуации, быстро и своевременно изменить деятельность и поведение, выделить значимые условия, оценить рассогласование полученных результатов с целью деятельности и внести коррекцию.

Диагноз: Алкоголизм II ст. ААС средней степени тяжести.

Клинические проявления алкоголизма позднего возраста у пациента, впервые обратившегося за наркологической помощью до 60 лет.

Больной Х., 60 лет, поступает повторно. Предъявляет жалобы на головные боли, тревогу, нарушения сна. Накануне поступления запой в течение месяца, с суточной дозой 500 мл водки, дополнительно – легкие спиртные напитки (объем не отслеживается). Поступил после конфликтов с соседями, делавшими ремонт: «Терпение лопнуло..., постоянный грохот...».

Anamnesis vitae. Родился в семье рабочих, где было 5 детей, отец злоупотреблял алкоголем, был судим за рукоприкладство. Отношения в семье конфликтные, дети часто оставались без надзора, применялись физические наказания. Раннее развитие своевременное, до подросткового возраста страдал энурезом. В школе учился плохо, закончил училище, в течение 20 лет работал оператором котельных установок, неоднократно увольнялся вследствие конфликтов с начальством. Около 3 лет работал с вредными химикатами на авиационном производстве. Первый брак в 17 лет, отношения конфликтные, часто дрались, неоднократно расходились, затем мирились вновь. Последние несколько лет живет с гражданской женой, семейные отношения удовлетворительные. Детей нет. Служил в армии.

В течение жизни предъявлялись обвинения в краже, грабеже, причинении вреда здоровью, изнасиловании. 7 лет провел в заключении. Утверждает, что в настоящий момент проблем с законом нет. Подрабатывает разнорабочим, зарплата непостоянная, в среднем составляет около 7000 рублей, однако на алкоголь тратит около 15000 рублей в месяц.

Из перенесенных заболеваний: операция по поводу туберкулеза легкого, хронический бронхит, остеохондроз. Многократно получал черепно-мозговые травмы, несколько раз с потерей сознания. Неврологического лечения не проходил.

Anamnesis morbi. Первый прием алкоголя до тяжелого опьянения в 14 лет. В течение последующих 15 лет выпивал редко, когда позволяли обстоятельства (сидел в тюрьме). Злоупотребляет алкоголем с 1985 г., когда начались проблемы с трудоустройством. В 2000 г. кодировался, до 2005 г. не употреблял, затем на фоне нервных срывов «сорвался». В настоящее время запой по несколько месяцев, с непродолжительными светлыми промежутками. Толерантность до 750 мл водки в сутки, снижается в течение последних 2 лет. Распределение дозы в течение дня равномерное, защитные рефлексы утрачены. Последние годы в опьянении ко всему равнодушен, сонлив; ранее, в молодости, алкоголь стимулировал активность, временами становился агрессивен. Отмечает амнезии отдельных периодов опьянения, количественный и ситуационный контроль утрачен. Причинами злоупотребления алкоголем считает негативные жизненные обстоятельства, в особенности конфликты с противоположным полом, а также периодически возникающее чувство внутреннего напряжения и подавленности. Неоднократно госпитализировался в наркологическое отделение с абстинентной симптоматикой.

Соматоневрологический статус. Нормостеник. Рост 176, вес 64 кг. АД 150/90 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин. Мелкоразмашистый тремор ладоней, нарушение чувствительности кончиков пальцев, элементы мышечной атрофии. На теле татуировки. Язык обложен, живот мягкий, печень ± 3 см. Жалуются на головную боль. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Психический статус. Самостоятельно вошел в кабинет. За внешним видом не следит: волосы растрепаны, не брит, одет неаккуратно. В месте и собственной личности ориентирован правильно, в дате ошибся на один день. В беседу вступает неохотно, подозрителен, с порога задает вопрос о целях собеседования. На вопросы отвечает односложно, формально, иногда грубо. О событиях, предшествующих госпитализации, вспоминает с трудом, морщит лоб, говорит, что все написано в истории болезни. События текущего дня описал достаточно подробно. Настроение снижено, напряжен, с трудом скрывает раздражение. Подчеркнуто медлителен, на стуле сидит неподвижно, на вопросы отвечает не глядя на собеседника. Суточных колебания настроения не выявлено. В отделении режим не нарушает, молчалив, замкнут, с соседями по палате общается по необходимости. По коридору ходит медленно, шаркающей походкой, много курит. Плохо переносит резкие и громкие звуки, а также яркий солнечный свет. Обманы восприятия не обнаруживает, бредовых идей не высказывает. Внимание неустойчивое, истощаемое, счет по Крепеллину выполняет с ошибками, от работы с таблицами Шульте отказался.

Жалуются на бессонницу. Аппетит достаточен, физиологические оправления в норме. Суицидальных мыслей не высказывает. Критики к своему состоянию нет, о полном отказе от употребления алкоголя говорит неопределенно, намерен выпивать «по праздникам, как все».

Психологический статус. Обследован с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ). Выявлены акцентуации по шкалам: гипертимность – гипотимность – 2 балла, социальная активность – социальная пассивность – 1 балл, энергичность – пассивность – 1 балл, нейротизм – психовегетативная стабильность – 10 баллов, сенситивность – реалистичность – 10 баллов, робость – социальная приспособленность – 10 баллов, агрессивность – эмоциональная уравновешенность – 9 баллов, эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность – 10 баллов. Для данных значений наиболее вероятны следующие характеристики темперамента.

Эмоционально нестабильный, социально и предметно пассивный тип. Для мужчин и женщин данного типа (шкалы: -Г -СА -Эн +Н +Сен +Роб =Агр +ЭмЛ +Риг) характерны избыточная реактивность и неустойчивость (лабильность) эмоциональных состояний, с преобладанием сниженного фона настроения, когда самые незначительные события вызывают у них легкую смену спадов и подъемов настроения; малейшие неприятности погружают их в угрюмое, мрачное настроение, а приятные события легко поднимают настроение, возвращают веселье, жизнерадостность, оптимизм. Нередко колебания настроения возникают как бы спонтанно, без видимых внешних поводов и сопровождаются повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы, переживаниями физического неблагополучия, недостатком сил и энергии, постоянной озабоченностью соматическим состоянием, высказыванием неопределенных соматических жалоб, характерных для астенических личностей. Психовегетативная неустойчивость усиливается при действии различных истощающих факторов (захватывает дыхание, бросает в дрожь, пересыхает во рту, тело покрывается потом) и проявляется жалобами на общую слабость, отсутствие чувства отдыха после сна, трудность концентрации внимания, неприятные ощущения в голове, различных частях тела. Застывая на негативных переживаниях, они могут быть несдержанными, раздражительными, вспыльчивыми, склонными проявлять вербальную агрессию (ссоры, оскорбления, угрозы). Агрессивные, гневные реакции у них легко возникают, имеют импульсивный характер и плохо контролируются. Такие испытуемые пассивны, инертны, вялы, имеют низкую самооценку, тревожны, пессимистичны, беспокойны, несобранны, безвольны, робки и застенчивы, неуверенны в себе, впечатлительны, чувствительны, обидчивы, стеснительны в социальных контактах, подозрительно относятся ко всему новому, с трудом привыкают к переменам.

Будучи недоверчивыми к окружающим, эти испытуемые имеют низкую потребность в общении, ограничивают социальные контакты, предпочитают компаниям уединение, сдержаны, необщительны, с трудом переключаются в процессе общения от одного человека к другому, не склонны к мобилизации усилий, предпочитают работать с «прохладцей», без особого напряжения, не стараются брать на себя лишней ответственности, уклоняются от выполнения дополнительных обязанностей.

В реальной жизни им не хватает инициативности, практичности, решительности и настойчивости в отстаивании своих интересов. Компенсируя свою тревожность, неуверенность и беспокойство, они становятся консервативными, аккуратными, педантичными, приверженными порядку, правилам, предписаниям, устоявшимся, неизменным способам деятельности, в чем проявляют упорство и упрямство. Тщательно планируя все свои поступки, они не способны адекватно реагировать на стремительные изменения ситуации, быстро и своевременно изменить деятельность и поведение, выделить значимые условия, оценить рассогласование полученных результатов с целью деятельности и внести коррекции.

Диагноз: Алкоголизм II-III ст. ААС средней степени тяжести.

Клинические проявления алкоголизма позднего возраста у женщины, впервые обратившейся за наркологической помощью до 60 лет.

Больная Б., 52 года. Поступила повторно с жалобами на страх, тревогу, сильную головную боль, перебои в работе сердца, судороги отдельных групп мышц, значительное ухудшение самочувствия после употребления спиртного на фоне выраженного патологического влечения.

Anamnesis vitae. Воспитывалась в семье рабочих, отчимом и теткой, о судьбе родных родителей ничего не знает. Отношения в семье конфликтные, отчим злоупотреблял алкоголем, часто оставалась без надзора. Раннее развитие своевременное, закончила среднюю школу, техникум, работала крановщицей, продавцом, бухгалтером. С коллегами не конфликтовала, несколько раз меняла место работы в связи с семейными обстоятельствами – муж хотел, чтобы она воспитывала детей и больше времени находилась дома. На данный момент подрабатывает разнорабочей в столовой. Первый брак в 19 лет, развод через 3 года: «не понимали друг друга, разошлись красиво...». В течение 14 лет живет в гражданском браке, отношения формальные. Имеет взрослую дочь, проживающую отдельно, живет с гражданским мужем и внучкой; родственники алкоголем не злоупотребляют. Судима за нанесение тяжких телесных повреждений в нетрезвом состоянии, провела 2,5 года в заключении, освобождена по амнистии. Причиной преступления считает свой вольнолюбивый характер: «не могу, когда что-то делается не по моему...».

Из перенесенных заболеваний: многократные черепно-мозговые травмы после побоев, дважды теряла сознание, не лечилась. Часто жалуется на сильные головные боли. В течение 10 лет стенокардия, гипертоническая болезнь, сердечная аритмия. Сосудистых препаратов не принимает. Остеохондроз шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, хронический холецистит.

Anamnesis morbi. Первый прием алкоголя в 17 года, на выпускном. Опьянение понравилось. После употребляла алкоголь эпизодически, по праздникам, несколько раз в году. После вступления в первый брак алкоголь стала употреблять значительно чаще – у родителей мужа было девять детей, постоянно отмечали дни рождения родственников. На дальнейшую алкоголизацию повлияла работа в сфере торговли: «пили всё, что горит, чтобы душу хорошо согрело и сразу!»... Всегда предпочитала крепкие спиртные напитки, выпивала ради удовольствия, любила петь, заводить новые знакомства.

Конфликты в семье также влияли на усиление алкоголизации. Считает, что злоупотребление началось около 10 лет назад, когда появилась возможность опохмеляться. В течение последних 5 лет толерантность снизилась с 2 л до 500 мл водки в сутки: «организм начал сдавать». Опохмеляться приходится «через силу», перебарывая утренние приступы тошноты и рвоты. Старается употреблять алкоголь по 50 мл, равномерно распределяя суточную дозу в течение дня. Отмечает амнезии отдельных периодов опьянения, количественный и ситуационный контроль потеряны. Многократно поступала в наркологическое отделение с абстинентной симптоматикой, на фоне значительного ухудшения физического самочувствия. Запой по 3–4 дня со светлым промежутком до 2 недель. Настоящий запой необычный – 12 дней.

Соматоневрологический статус. Конституционно-морфологический тип пикнический. Рост 157 см, вес 95 кг. АД 160/90 мм рт. ст., ЧСС 90 в мин. При внешнем осмотре: ожирение, на теле имеются следы от ожогов (как они появились, не помнит), гиперемия лица с расширением сети кожных капилляров, венозное полнокровие конъюнктивы, околоушные железы увеличены, язык обложен. Мышцы развиты слабо, чувствительность конечностей снижена, мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Лица симметричное, зрачки D=S, очаговой неврологической симптоматики не обнаруживает. Походка шаткая, мозжечковые пробы выполняет с трудом. Живот безболезненный, печень ±3 см, физиологические опрвления в норме.

Психический статус. Самостоятельно вошла в кабинет, в беседу вступает не охотно, на вопросы отвечает последовательно, по существу, несколько формально. За внешним видом не следит, одета неряшливо, плохо причесана. Лицо хмурое, морщит лоб, тревожна, суетлива, стучит по столу костяшками пальцев, поправляет одежду, ерзает на стуле. В месте и личности ориентирована правильно, год и месяц назвала верно, за датой не следит. Бредовых идей не высказывает. Речь громкая, бедная, использует жаргонные выражения, при описании психотравмирующих событий с трудом сдерживает матерную брань. В описании жизненных событий обстоятельна, склонна к чрезмерной детализации. В отделении активна, много ходит по коридору, часто курит. В палате старается занять лидирующее положение. Препараты принимает без возражений, выполняет мелкие поручения медицинских сестер. Зрительные и слуховые галлюцинации отрицает, болезненно реагирует на громкие, резкие звуки. Память на недавние события снижена, объясняет это отсутствием интереса к окружающей обстановке. Основные факты биографии описывает четко, последовательно. В опьянении палимпсесты. Внимание неустойчивое, истощаемое, счет по Крепелину выполняет с ошибками. От работы с таблицами Шульте отказалась, сославшись на плохое зрение. Фон настроения снижен. Говорит, что в отделении скучно, нечем заняться, не хватает телевизора. Интересуется сроками госпитализации. Суточных колебаний настроения нет. Суицидальные мысли, панические расстройства отрицает. Критика к своему состоянию снижена – не отрицает наличия проблем с употреблением алкоголя, однако недооценивает их серьезность. О полном отказе от употребления говорит неопределенно, уклончиво, считает, что самостоятельно способна сократить потребление алкоголя.

Данные экспериментально-психологического исследования. Клиническая оценка алкогольного синдрома отмены (CIWA) – 14 баллов, клиническая шкала патологического влечения к алкоголю – 6 баллов. Результаты ТАСТ: *предметно активный тип*. Женщинам данного типа (шкалы: +Г +Эн) свойственны повышенный фон настроения, оптимизм, жизнерадостность, живая психомоторика, общительность, ощущение избытка сил и энергии, активность, инициативность, предприимчивость, остроумие, склонность к интенсивной волевой мобилизации психофизиологических ресурсов в процессе деятельности, выраженная потребность в освоении предметного мира, стремление к умственному и физическому труду, тяга к напряженной ответственной деятельности.

Диагноз: Алкоголизм II-III стадии. Запойная форма. ААС средней степени тяжести.

Полученные данные свидетельствуют, что для мужчин, впервые обратившихся к наркологу после 60 лет, типичны: начало алкоголизации в пубертатном возрасте, малопрогрессирующий тип течения зависимости, злоупотребление этанолом в инволюционном периоде и нарастающая социально-психологическая и семейная дезадаптация в начале пенсионного возраста. Тогда как для женщин идентичной группы свойственны: начало алкоголизации в совершеннолетнем возрасте, средне-прогрессирующий тип течения болезни, злоупотребление спиртным в зрелом и инволюционном возрастах с сохранившимися социально-психологическими и семейными связями в течение 10 лет пенсионного периода. Для мужчин, впервые обратившихся к наркологу до 60 лет, характерны: ранняя алкоголизация, высокая прогрессирующая формирования зависимости с началом социально-психологической и семейной дезадаптации в зрелом возрасте. У больных женского пола отмечались: начало злоупотребления спиртными напитками в зрелом возрасте, высокопрогрессирующее течение алкоголизма и нарастающая социально-психологическая и семейная дезадаптация в предпенсионном возрасте и в первые 3 года пенсионного периода. Выявленные дифференциальные клинико-динамические особенности алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста требуют активного внедрения целевых лечебных и профилактических мероприятий.

3.4. Особенности синдрома отмены у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

С целью изучения синдрома отмены у мужчин и женщин позднего возраста с алкоголизмом с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет использовалась шкала клинической оценки алкогольного синдрома отмены (CIWA). Результаты исследования представлены в таблице 39.

Таблица 39

Клиническая оценка алкогольного синдрома отмены по тесту CIWA-Ar, баллы

Симптом абстиненции	Мужчины, подгруппа		Женщины, подгруппа	
	1-я (n=129)	2-я (n=262)	3-я (n=43)	4-я (n=28)
	M±m	M±m	M±m	M±m
Тошнота/Рвота	0	0	0,33±0,49	2,48±1,83
Тремор	2,46±1,14	2,27±1,03	2,33±1,24	3,96±1,72**
Пароксизмальная потливость	0,46±0,51	1,64±1,05	1,89±1,08*	1,92±1,19
Тревога	2,08±1,26	1,77±0,87	2,17±1,1	3,52±1,45**
Ажитация	0,35±0,49	0	2±1,14	3,04±1,74**
Тактильные нарушения	0,69±0,84	0,59±0,59	2,28±1,02	1,28±0,79**
Слуховые нарушения	0,35±0,56	0,09±0,29	0,89±0,96	0,64±0,81
Визуальные нарушения	0,31±0,47	0,09±0,29	0,61±0,7	0
Головная боль	1±0,69	0,68±0,57	2,06±0,25*	3,48±1,08**
Ориентировка и нарушение ясности сознания	1,12±0,99	1,27±0,98**	1,39±0,85	0,08±0,28
Результат CIWA	8,81±3,93	8,41±2,36	15,94±4,58*	20,4±6,35**

Примечание. * – $p_{1-3} < 0,05$; ** – $p_{2-4} < 0,05$.

Анализ данных отдельных признаков алкогольного синдрома отмены по группам исследования на 3-й день стационарного лечения показал, что как в 1-й, так и во 2-й подгруппах жалоб на рвоту или тошноту выявлено не было. У женщин 3-й подгруппы в незначительном числе случаев встречалась легкая тошнота без рвоты (0,33±0,49), что было связано со значительным превышением средней суточной дозы алкоголя. В 4-й подгруппе данный признак встречался достоверно чаще, достигая 2,48±1,83 балла (подкатывающая тошнота с позывами на рвоту).

Как у мужчин, так и у женщин наблюдался умеренный тремор вытянутых рук либо легкий, не видный глазом тремор, ощущаемый при приставлении кончиков пальцев врача к кончикам пальцев больного. Значимых различий в проявлении данного симптома при сравнении 1-й и 3-й подгрупп выявлено не было (соответственно 2,46±1,14 и 2,33±1,24 балла). У женщин 4-й подгруппы достоверно чаще, чем у мужчин 2-й подгруппы, встречался умеренный тремор вытянутых рук (3,96±1,72 и 2,27±1,03, $p < 0,05$).

Во всех четырех подгруппах в большинстве наблюдений пароксизмальная потливость не наблюдалась либо была выражена незначительно в виде повышенной влажности ладоней. Данный признак достоверно чаще встречался у женщин, страдающих алкоголизмом позднего возраста, с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет в сравнении с мужчинами, страдающими той же патологией (1,89±1,08 и 0,46±0,51, $p < 0,05$).

Значимые межгрупповые различия в проявлении тревоги были выявлены при сравнении мужчин и женщин с алкоголизмом позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет ($1,77 \pm 0,87$ и $3,52 \pm 1,45$; $p < 0,05$). У женщин чаще встречалась умеренная тревожность с попытками усиленного самоконтроля. Тревогу можно было заподозрить по проявлению неусидчивости, желанию поскорее закончить разговор, заламыванию пальцев рук, частым перекурам. Значимых различий в проявлении данного симптома у мужчин и женщин с алкоголизмом позднего возраста 1-й и 3-й подгрупп выявлено не было ($2,08 \pm 1,26$ и $2,17 \pm 1,1$).

У женщин обеих подгрупп ($2 \pm 1,14$ и $3,04 \pm 1,74$) достоверно чаще, чем у мужчин ($0,35 \pm 0,49$ и 0), наблюдались беспокойство и суетливость, особенно на фоне угасания психотической симптоматики, но не доходящие до крайних степеней ажитации (7 баллов). В единичных случаях пациенты 1-й подгруппы на высоте абстиненции старались выйти из палаты, ходили по коридору, жаловались на беспокойство.

Легкие тактильные нарушения в виде онемения и покалывания кончиков пальцев рук, онемения конечностей достоверно чаще встречались у женщин ($2,28 \pm 1,02$ и $1,28 \pm 0,79$) в сравнении с мужчинами с алкоголизмом с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет ($0,69 \pm 0,84$; $p < 0,05$) и до 60 лет ($0,59 \pm 0,59$; $p < 0,05$) и свидетельствовали о периферической невропатии. Как мужчины, так и женщины с равной частотой жаловались на плохую переносимость резких и громких звуков. В единичных случаях у женщин 3-й подгруппы наблюдалась умеренно выраженная галлюцинаторная симптоматика, сопровождающаяся гиперacusией и слуховыми иллюзиями ($0,89 \pm 0,96$ балла).

Визуальные нарушения как у мужчин, так и у женщин встречались относительно редко. Чаще, чем в других подгруппах, легкие визуальные нарушения в виде повышенной чувствительности ($0,61 \pm 0,7$) к яркому свету наблюдались у женщин 3-й подгруппы, а также умеренно выраженные гипнагогические и гипнапомпические зрительные галлюцинации в анамнезе. Женщины достоверно чаще, чем мужчины, страдали легкой и умеренной головной болью ($2,06 \pm 0,25$, $3,48 \pm 1,08$ и $1 \pm 0,69$, $0,68 \pm 0,57$). Особенно выражены эти нарушения у мужчин и женщин с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет ($p < 0,05$).

Значимых различий в показателях нарушений ориентировки и ясности сознания при сравнении показателей 1-й и 3-й подгрупп выявлено не было. Мужчины 2-й подгруппы достоверно чаще, чем женщины, с аналогичной патологией ($1,27 \pm 0,98$ и $0,08 \pm 0,28$, $p < 0,05$), были дезориентированы в дате (не более чем на 2—3 календарных дня). Дезориентировка в месте или личности на момент обследования у них не наблюдалась.

Согласно данным шкалы клинической оценки алкогольного синдрома отмены (АСО) определяют различные степени тяжести состояния по количеству набранных по шкале баллов: менее 10 — легкое состояние отмены, не требующее медикаментозного лечения; 10—20 — умеренно выраженное состояние отмены; более 20 — выраженное состояние отмены.

Суммарные результаты клинической оценки АСО по группам наблюдения свидетельствуют, что состояние отмены достоверно тяжелее протекало у женщин по сравнению с мужчинами. У мужчин как 1-й, так и 2-й подгруппы общая сумма баллов по шкале CIWA соответствовала легкому состоянию отмены (до 10 баллов), у женщин 3-й подгруппы — умеренно выраженному состоянию отмены, у женщин 4-й подгруппы в равной степени часто наблюдалась умеренно выраженная и тяжелая абстинентная симптоматика. Максимальные значения суммарных результатов CIWA у женщин 4-й подгруппы были обусловлены выраженной ажитацией и цефалгической симптоматикой.

Полученные данные свидетельствуют, что для мужчин, страдающих алкогольной зависимостью в позднем возрасте, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, характерны легкий либо умеренный тремор рук, редко встречающаяся пароксизмальная потливость, тактильные нарушения в виде жжения, покалывания, онемения пальцев рук и ног, редко встречающиеся слуховые нарушения в виде гиперacusии, визуальные нарушения в виде плохой переносимости яркого света, легкая и умеренная головная боль, нарушения ориентировки во времени на 2—3 календарных дня.

Для страдающих алкогольной зависимостью мужчин в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет типично легкое либо умеренно выраженное состояние отмены, проявляющееся легким и умеренным тремором конечностей, легкой либо умеренной тревожностью с пароксизмальной потливостью, редко встречающимися и маловыраженными тактильными, слуховыми или визуальными нарушениями, легкой головной болью и нарушениями ориентировки во времени на 1—3 календарных дня.

Для страдающих алкогольной зависимостью женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет характерно умеренно выраженное состояние отмены, проявляющееся легкой тошнотой без рвоты, умеренным тремором, легкой пароксизмальной потливостью, умеренной и легкой тревожностью или ажитацией в виде повышенной двигательной активности, легкими тактильными, слуховыми и визуальными расстройствами, умеренной головной болью, дезориентировкой в дате на 2 календарных дня.

Для женщин с алкогольной зависимостью позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет в структуре АСО типичны тошнота с позывами на рвоту либо легкая тошнота без рвоты, умеренно выраженный тремор конечностей, легкая пароксизмальная потливость, умеренная либо выраженная тревожность, умеренная суетливость, легкие тактильные и слуховые нарушения, умеренная и выраженная цефалгия, редко встречающаяся дезориентировка во времени.

Таким образом, сравнительный анализ клинических проявлений алкогольного синдрома отмены у мужчин и женщин показал, что для мужчин 1-й подгруппы характерны легкие проявления синдрома отмены с отдельными соматовегетативными нарушениями в виде тремора и цефалгий на фоне тревожного аффекта, тогда как для женщин 3-й подгруппы типичен АСО с умеренно выраженными аффективными расстройствами в виде тревоги, перемежающейся с ажитацией, в сочетании с пароксизмальной потливостью, парестезиями, гиперестезией и головными болями.

Для мужчин 2-й подгруппы в структуре АСО наиболее характерна тревога с тремором, пароксизмальной потливостью и легкими нарушениями ясности сознания и ориентировки, тогда как у женщин 4-й подгруппы АСО протекал с умеренно выраженными аффективными расстройствами в сочетании с тремором, желудочно-кишечными нарушениями, абдоминальными и цефалгическими болями. Выявленные клинические проявления АСО требуют дифференцированной психофармакотерапии.

3.5. Особенности патологического влечения к алкоголю у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

С целью изучения особенностей патологического влечения к алкоголю у мужчин и женщин позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью до и после 60 лет, использовалась шкала оценки патологического влечения к алкоголю, разработанная в ННЦ наркологии В. Б. Альтшулером (1994). Результаты исследования представлены в таблице 40.

Анализ данных отдельных признаков синдрома патологического влечения к алкоголю на третий день стационарного лечения показал, что идеаторный компонент был максимально выражен у женщин 4-й подгруппы и проявлялся сниженной критикой к своему состоянию, периодическим возвращением к мыслям о спиртном, заинтересованностью

в скорой выписке из стационара в связи с «полным выздоровлением». В остальных группах идеаторный компонент был менее выражен и проявлялся эпизодическими мыслями о спиртном, формальной критикой к болезни и безразличием к срокам дальнейшей госпитализации.

У мужчин и женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, встречалась легкая депрессивная симптоматика, проявляющаяся в виде пассивности, замкнутости и безразличия в процессе проведения исследования. У женщин 4-й подгруппы, в отличие от мужчин 2-й подгруппы, депрессивная симптоматика была более выражена и чаще проявлялась вялостью, отсутствующим внешним видом, фиксацией на бытовых проблемах либо на перенесенных когда-то обидах, жалобами на скуку и однообразие жизни.

Т а б л и ц а 40

Патологическое влечение к алкоголю (Альтшулер В. Б., 1994)

Компоненты ПВА и их составляющие	Усредненные величины компонентов ПВА и их составляющих, баллы			
	1-я подгруппа (n=129)	2-я подгруппа (n=262)	3-я подгруппа (n=43)	4-я подгруппа (n=28)
	M±m	M±m	M±m	M±m
Идеаторный компонент	0,78±0,43	1,22±0,67	1,56±0,7	2±0,5
Депрессивная симптоматика	0,44±0,51	1,43±0,59	1,28±0,46	2,28±0,61
Тревога	0,89±0,47	1,35±0,57	1,39±0,50	1,32±0,48
Эмоциональная лабильность	0,61±0,31	1,26±0,62	1,83±0,79	1,96±0,68
Дисфория	0,72±0,57	1±0,43	1,78±0,65	1,32±0,48
Алкогольные сновидения	0,28±0,46	0,65±0,57	1,44±0,62	1,48±0,65
Мимические реакции при разговоре об алкоголе	0,83±0,38	0,91±0,29	0,5±0,51	0,6±0,5
Изменение аппетита	0,83±0,51	0,74±0,62	2±0,49	1,84±0,62
Поведенческий компонент	0,78±0,43	1,48±0,59	2,22±0,43	1,96±0,54
Сумма	6,11±2,39	10,04±2,16	14±1,41	14,76±2,09

Тревожность во всех четырех подгруппах встречалась с примерно одинаковой частотой и интенсивностью и проявлялась в виде повышенной озабоченности различными бытовыми вопросами, возможностью негативного отношения к ним со стороны окружающих, а также беспокойством о благополучии близких.

При сравнении 1-й и 3-й подгрупп по симптому эмоциональной лабильности женщины значительно чаще, чем мужчины, плакали, жалуясь на непонимание со стороны окружающих, в особенности при обсуждении психотравмирующих обстоятельств их жизни. При сравнении мужчин и женщин 2-й и 4-й подгрупп значимых различий в проявлении данного симптома выявлено не было. В беседе они держались достаточно сдержанно, значительных перепадов настроения у них не наблюдалось.

Дисфория у женщин 3-й подгруппы была выражена сильнее, чем у мужчин 1-й подгруппы, и проявлялась в раздражительности, угрюмом внешнем виде, чувстве внутреннего напряжения. Мужчины значительно реже проявляли недовольство внешними условиями, реже жаловались на раздражительность и сниженное настроение. Значимых различий в проявлении данного симптома у мужчин и женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, выявлено не было. Пациенты данных подгрупп старались избегать конфликтных ситуаций, однако временами высказывали недовольство условиями госпитализации.

Алкогольные сновидения у женщин встречались значительно чаще, чем у мужчин, как при сравнении 1-й и 3-й подгрупп, так и при сравнении 2-й и 4-й подгрупп. Чаще всего содержание этих сновидений воспроизводилось с трудом, при этом присутствие в них алкогольной тематики не вызывало сомнений. В единичных случаях женщины обеих подгрупп сообщали о ярких алкогольных сновидениях, запоминавшихся им на несколько дней.

Активные мимические реакции с оживлением при разговоре об алкоголе встречались редко. Значимых различий в их проявлениях у мужчин и женщин выявлено не было.

У женщин 3-й подгруппы в сравнении с мужчинами 1-й подгруппы значительно чаще встречалось стойкое снижение аппетита с повышенной жаждой. Мужчины в значительном большинстве случаев активных жалоб на аппетит не предъявляли, неустойчивость аппетита проявлялась в эпизодическом игнорировании приемов пищи. При сравнении мужчин и женщин 2-й и 4-й подгрупп наблюдалась схожая картина: женщины значительно реже мужчин посещали столовую, ограничиваясь напитками.

Поведенческий компонент патологического влечения к алкоголю у женщин 3-й подгруппы, в отличие от мужчин 1-й подгруппы, проявлялся стремлением уклониться от лечения, непоследовательностью и переменчивостью планов на будущее, рассеянностью, общением с пациентками, оправдывающими алкогольное поведение. Мужчины в сравнении с женщинами чаще проявляли показной пафос в обсуждении вопросов пьянства, горячность и громкие заявления о твердом намерении полностью отказаться от употребления спиртного. Поведенческий компонент синдрома ПВА у мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, значительно не различался и выражался гиперактивностью с желанием отвлечься от мыслей о спиртном.

Суммарное количество баллов синдрома патологического влечения к алкоголю у женщин 3-й и 4-й подгрупп значительно превышало данный показатель у мужчин 1-й и 2-й подгрупп соответственно.

Таким образом, изучение ПВА позволило выявить отличительные гендерные особенности по подгруппам исследования. У страдающих алкоголизмом позднего возраста мужчин с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет синдром патологического влечения к алкоголю проявлялся эпизодически возникающими мыслями о спиртном, сниженным настроением, озабоченностью по различным поводам, озабоченностью бытовыми проблемами за пределами стационара, неустойчивостью аппетита и гиперактивностью.

Тогда как у женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет синдром ПВА проявлялся навязчивыми мыслями о спиртном, пассивностью, озабоченностью различными бытовыми вопросами, слезливостью при обсуждении психотравмирующих ситуаций, повышенной раздражительностью, редко возникающими алкогольными сновидениями, сниженным аппетитом и стремлением к сокращению сроков госпитализации.

Максимальные значения синдрома ПВА наблюдались по шкалам «дисфория», «изменение аппетита», «поведенческий компонент». Для мужчин с алкоголизмом в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет типичными проявлениями синдрома ПВА являлись периодически возникающие мысли о спиртном, необщительность, бездеятельность, неуверенность в собственных силах, ворчливость, редкие алкогольные сновидения, а также неустойчивость аппетита. У женщин с алкогольной зависимостью в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет синдром ПВА был выражен сильнее, чем в других подгруппах, и проявлялся сниженной критикой к своему состоянию, частыми мыслями о спиртном, бездеятельностью, вялостью, неопределенностью планов на будущее, слезливостью, раздражительностью, яркими алкогольными сновидениями, сниженным аппетитом, а также стремлением к выписке и уклонением от лечения.

По результатам исследования обнаружено, что у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, патологическое влечение к алкоголю оказалось выражено достоверно сильнее, чем у мужчин, начавших злоупотребление в позднем возрасте.

3.6. Индивидуально-личностные особенности мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

Исследование индивидуального своеобразия личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до и после 60 лет с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ) позволило выявить результаты, представленные на рисунках 10—18. Наряду с основными клиническими подгруппами в исследование с помощью методики ТАСТ были выключены контрольные подгруппы психически здоровых мужчин (n=36) и женщин (n=32).

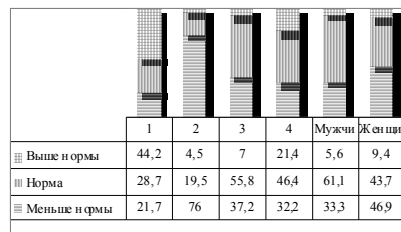


Рис. 10. Гипертимность – гипотимность

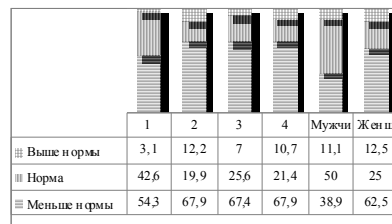


Рис. 11. Социальная пассивность – социальная активность

В 1-й подгруппе гипертимы встречались почти в 10 раз чаще, чем во 2-й подгруппе (рис. 10). Гипотимы более чем в 3 раза чаще встречались в группе мужчин, впервые обратившихся к наркологу до 60 лет. У женщин, напротив, гипертимные личности встречались достоверно чаще в группе впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет. При сравнении личностных особенностей мужчин и женщин 1-й и 3-й подгрупп выявлено, что среди мужчин достоверно чаще встречались гипертимы, а среди женщин – гипотимы. Среди мужчин 2-й подгруппы гипотимы встречались достоверно чаще, чем у женщин 4-й подгруппы.

Как в 1-й, так и во 2-й подгруппе (рис. 11) более чем в половине случаев социальная активность обследуемых была снижена – они не были заинтересованы в обширных социальных взаимодействиях и предпочитали «оставаться в тени», избегая какой-либо социальной нагрузки. Средние показатели («норма») в 2 раза чаще встречались у мужчин 1-й подгруппы. Повышенная потребность в социальных контактах в 3 раза чаще встречалась во 2-й подгруппе. По сравнению с 1-й и 2-й подгруппами в подгруппе контроля у мужчин в половине случаев (50 %) наблюдалась умеренная социальная активность и более чем в трети случаев (38,9 %) социальная активность была снижена. При

сравнении женских подгрупп значимых отличий показателей по шкале социальной активности выявлено не было. Как в 3-й, так и в 4-й подгруппе основная часть пациенток избегала социальной работы. При сравнении личностных особенностей мужчин и женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, выявлено, что среди женщин социальная пассивность встречалась достоверно чаще, чем среди мужчин. При сравнении мужчин и женщин позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, значимых различий по данной шкале не выявлено.

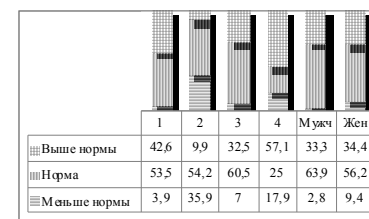


Рис. 12. Пассивность – энергичность

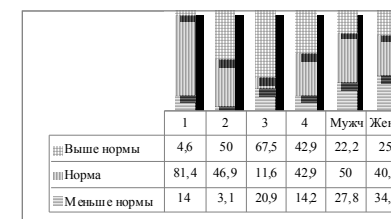


Рис. 13. Психовегетативная стабильность – нейротизм

Исследование личностных особенностей пациентов по шкале «пассивность – энергичность» (рис. 12) выявило, что во 2-й подгруппе в 10 раз чаще встречались пассивные мужчины, чем в 1-й подгруппе. Энергичные мужчины в 1-й подгруппе встречались в 4 раза чаще, чем во 2-й. Несколько иная тенденция наблюдалась при сравнении частоты встречаемости энергичных женщин 3-й и 4-й подгрупп. Как энергичные, так и пассивные женщины чаще встречались среди женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет.

При сравнении подгрупп мужчин и женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, выявлено, что среди мужчин достоверно чаще, чем среди женщин, встречались пациенты с высокими баллами по данной шкале. Сравнение пациентов 2-й и 4-й подгрупп выявило большую частоту встречаемости энергичности у женщин и пассивности у мужчин.

В подгруппе контроля в подавляющем большинстве случаев как у мужчин, так и у женщин встречались лица с нормальным или повышенным энергетическим потенциалом.

В 1-й подгруппе в подавляющем большинстве случаев встречались лица с нормальными либо низкими показателями по шкале «психовегетативная активность – нейротизм» (рис. 13). Во 2-й подгруппе в половине случаев мужчины предъявляли жалобы на недомогание, разбитость, бессонницу и другие проявления нейротизма, усиливающиеся на

фоне стрессовых ситуаций либо в абстинентном состоянии, что, в свою очередь, влекло за собой усиление патологического влечения к алкоголю. У женщин, напротив, проявления нейротизма среди пациенток, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, встречались реже, чем у женщин 3-й подгруппы.

В подгруппах контроля значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было. Проявления нейротизма как у мужчин, так и у женщин встречались реже, чем у пациентов наркологического стационара.

Сравнение мужчин 1-й подгруппы и женщин 3-й подгруппы показало, что среди женщин достоверно чаще встречались как пациентки с нейротизмом, так и с психовегетативной стабильностью.

Сравнение мужчин 2-й подгруппы и женщин 4-й подгруппы выявило более частую встречаемость нейротизма у женщин, чем у мужчин.

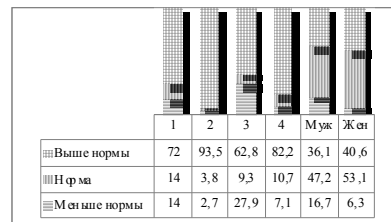


Рис. 14. Реалистичность – чувствительность

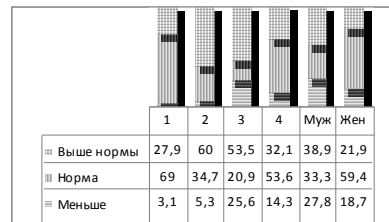


Рис. 15. Социальная приспособленность – робость

При сравнении мужских подгрупп по шкале «реалистичность – чувствительность» (рис. 14) выявлено, что в подгруппе лиц, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, рационалистичные, эмоционально зрелые люди («меньше нормы») встречались более чем в 5 раз чаще, чем в подгруппе лиц с более ранним обращением за наркологической помощью. Чувствительные лица чаще встречались во 2-й подгруппе. Необходимо также отметить, что как в 1-й, так и во 2-й подгруппах реалистичность и нормальная чувствительность встречались значительно реже, чем в подгруппе контроля. Чувствительные женщины чаще встречались в подгруппе пациенток, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет. Как в 3-й, так и в 4-й подгруппах «нормальные» показатели по шкале чувствительности встречались в 5 раз реже, чем у женщин в подгруппе контроля. При сравнении личностных особенностей мужчин и женщин 1-й и 3-й подгрупп выявлено, что среди мужчин лица с низкими показателями по данной шкале встречались чаще. Как среди мужчин, так и среди женщин, впервые обратившихся

за наркологической помощью до 60 лет, в значительном большинстве случаев встречались чувствительные лица.

При исследовании личностных особенностей мужчин по шкале «социальная приспособленность – робость» (рис. 15) выявлено, что среди мужчин 2-й подгруппы более чем в 2 раза чаще встречались показатели, превышающие нормальные значения. Социально приспособленные лица встречались редко в обеих исследуемых группах, в особенности в сравнении с группой контроля (в 9—6 раз реже). Среди женщин социально приспособленные лица встречались в 3-й подгруппе чаще, чем в 4-й. В 4-й подгруппе в 2 раза чаще, чем в 3-й подгруппе, встречались женщины с нормальными показателями по данной шкале; робкие женщины встречались реже.

При сравнении мужчин и женщин из 1-й и 3-й подгрупп выявлено, что у женщин чаще встречались как социально приспособленные, так и робкие лица. Среди мужчин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, робость встречалась чаще, чем в соответствующей группе женщин.

Из таблицы 16 следует, что агрессивные черты более чем в 3 раза чаще встречались у мужчин 2-й подгруппы по сравнению с 1-й подгруппой. В подгруппе мужчин, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, наиболее часто встречались нормальные показатели (83,0 %), значительно реже встречались лица с агрессивными проявлениями (их количество сравнимо с количеством таковых в подгруппе контроля), в единичных случаях встречались лица, которых можно было охарактеризовать как эмоционально уравновешенных.

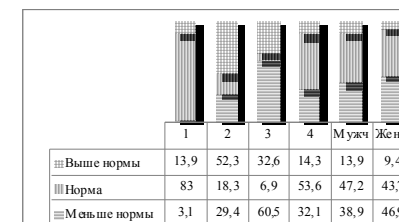


Рис. 16. Эмоциональная уравновешенность – агрессивность

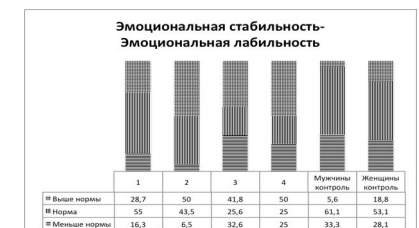


Рис. 17. Эмоциональная стабильность – эмоциональная лабильность

В подгруппе контроля чаще, чем в обеих подгруппах больных, встречались эмоционально уравновешенные лица (38,9 %), в половине случаев (47,2 %) показатели по шкале агрессивности не превышали нормы, агрессивные черты встречались относительно редко (13,9 %).

У женщин 3-й подгруппы наиболее часто встречались низкие и нормальные показатели по шкале агрессивности. Агрессивные реакции встречались в трети случаев (32,6 %) и проявлялись в виде вспыльчивости, раздражительности, конфликтов с родственниками по поводу нанесенных ими «незаслуженных обид». У женщин 4-й подгруппы агрессивные реакции встречались в 2 раза реже, чем в 3-й подгруппе. Как в 3-й, так и в 4-й подгруппе реакции агрессии встречались чаще, чем в группе контроля.

При сравнении мужчин и женщин 1-й и 3-й подгрупп выявлено, что лица с высокими, а также низкими показателями по шкале агрессивности чаще встречались среди женщин. Среди мужчин 2-й подгруппы агрессивные лица встречались чаще, чем среди женщин 4-й подгруппы.

Анализ таблицы 17 выявил, что во 2-й подгруппе мужчин эмоционально лабильные лица встречались почти в 2 раза чаще, чем в 1-й (50,0 и 28,7 %; $p < 0,05$); эмоционально стабильные лица встречались более чем в 2 раза реже (6,5 и 16,3 %; $p < 0,05$). У женщин 4-й и 3-й подгрупп наблюдалась та же тенденция, хотя различие в показателях было менее значительно (50,0 и 41,8 %; $p < 0,05$ и 25 и 32,6 %; $p < 0,05$). В контрольных подгруппах, как у мужчин, так и у женщин, в значительном большинстве случаев встречались лица с нормальными либо с низкими показателями по шкале эмоциональной лабильности, что говорило об устойчивости их настроения и хороших адаптивных способностях.

При сравнении 1-й и 3-й подгрупп выявлено, что среди женщин чаще, чем среди мужчин, встречались лица как с высокими, так и с низкими показателями по данной шкале. Сравнение 2-й и 4-й подгрупп показало, что среди женщин чаще встречались эмоционально стабильные лица.



Рис. 18. Гибкость – ригидность

При анализе полученных результатов исследования по шкале «гибкость – ригидность» (рис. 18) следует обратить внимание на тот факт, что «гибкие» испытуемые редко встречались во 2-й подгруппе (5,7 %), в 2 раза реже, чем в 1-й. Испытуемые с нормальными показателями встречались в значительном проценте случаев как в 1-й, так и во 2-й подгруппе (69,8 и 44,3 %), однако ригидные лица встречались почти в 2 раза чаще во 2-й подгруппе, чем в 1-й подгруппе (50,0 и 27,9 %). У женщин столь выраженных отличий по данной шкале не наблюдается. Более чем в половине случаев женщины обеих подгрупп были ригидными (62,8 и 67,9 %); в каждом десятом случае (9,3 и 10,7 %) показатели были низкими.

Среди пациенток стационара и ригидные, и гибкие лица встречались примерно с такой же частотой, как и в группе контроля, причем достоверно чаще, чем у больных мужчин. Сравнение показателей пациентов 1-й и 3-й подгрупп выявило, что среди женщин чаще, чем среди мужчин, встречаются как гибкие, так и ригидные лица. Сравнительный анализ балльных значений 2-й и 4-й подгрупп показал, что у женщин чаще, чем у мужчин, наблюдаются как гибкость, так и ригидность.

Таким образом, общими личностными особенностями, характерными как для мужчин 1-й подгруппы, так и для женщин 3-й подгруппы, были социальная пассивность и сенситивность. Для мужчин в сравнении с женщинами были характерны гипертимность (44,2 и 7,0 %; $p < 0,05$) и энергичность (42,6 и 32,5 %; $p < 0,05$). В сравнении с мужчинами у женщин чаще встречались такие личностные особенности, как гипотимность (37,2 и 21,7 %; $p < 0,05$), социальная пассивность (67,4 и 54,3 %; $p < 0,05$), нейротизм (67,5 и 4,6 %; $p < 0,05$), реалистичность (27,9 и 14 %; $p < 0,05$), социальная приспособленность (25,6 и 3,1 %; $p < 0,05$), ригидность (62,8 и 27,9 %; $p < 0,05$).

Общими личностными характеристиками не только для мужчин, но и для женщин, страдающих алкоголизмом в позднем возрасте, впервые обратившимся за наркологической помощью до 60 лет, были социальная пассивность и сенситивность. В сравнении с женщинами 4-й подгруппы у мужчин 2-й подгруппы чаще наблюдались такие личностные особенности, как гипотимность (76,0 и 32,2 %; $p < 0,05$), пассивность (35,9 и 17,9 %; $p < 0,05$), нейротизм (50,0 и 42,9 %; $p < 0,05$), робость (60,0 и 32,1 %; $p < 0,05$) и агрессивность (52,3 и 14,3 %; $p < 0,05$). В сравнении с мужчинами 2-й подгруппы у женщин 4-й подгруппы чаще выявлялись такие личностные особенности, как гипертимность (21,4 и 4,5 %; $p < 0,05$), энергичность (57,1 и 9,9 %; $p < 0,05$), эмоциональная стабильность (25,0 и 43,5 %; $p < 0,05$), ригидность (10,7 и 5,7 %; $p < 0,05$).

Следующим шагом в изучении личностных особенностей обследуемых пациентов была статистическая обработка результатов по методу «Деревья классификации». Изучение деревьев классификации не слишком распространено в вероятностно-статистическом распознавании образов (см. работу Ripley B. D., 1996), однако они широко используются в таких прикладных областях, как медицина (диагностика), программирование (анализ структуры данных), ботаника (классификация) и психология (теория принятия решений). Деревья классификации идеально приспособлены для графического представления, и поэтому сделанные на их основе выводы гораздо легче интерпретировать, чем если бы они были представлены только в числовой форме.

Получены следующие результаты (рис. 19).

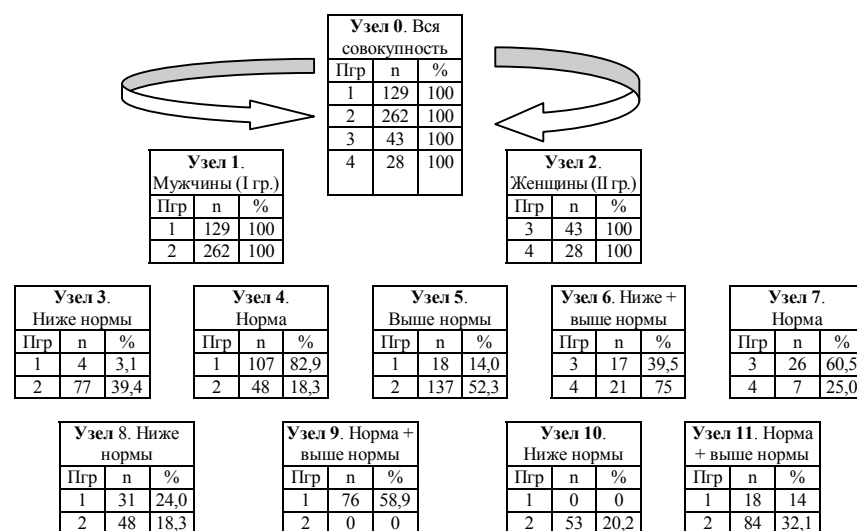


Рис. 19. Статистическая обработка результатов по методу «Деревья классификации»

Примечание. Узел 1 (Мужчины) связан с узлами 3, 4, 5. Узел 2 (Женщины) связан с узлами 6, 7. Узел 4 связан с узлами 8, 9. Узел 5 связан с узлами 10, 11.

1. Узел 0 включает в себя всех пациентов, протестированных по методу ТАСТ. Данный узел делится на узлы 1 и 2 по полу. Узел 1 включает в себя всех мужчин, а узел 2 – всех женщин, прошедших обследование.

2. Наиболее значимым основанием для деления узла 1 явилась шкала «эмоциональная уравновешенность – агрессивность». Для мужчин 1-й подгруппы характерными явились нормальные показатели по данной шкале (узел 4 – 82,9 %), для мужчин 2-й подгруппы, напротив, характерны либо низкие (узел 3 – 39,4 %), либо высокие показатели (узел 5 – 52,3 %).

Пациентов с низкими показателями по шкале «эмоциональная уравновешенность – агрессивность» (узел 3) отличали собранность, рассудительность, ровный фон настроения, тактичность в общении.

У пациентов 2-й подгруппы с высокими показателями по данной шкале (узел 5) наблюдались вспыльчивость, раздражительность, склонность к проявлениям вербальной агрессии (ссоры, оскорбления, угрозы), легкость и импульсивность возникновения агрессивных, гневных и плохо контролируемых реакций. Они часто считали себя незаслуженно обиженными окружающими, обнаруживали выраженную тенденцию к противодействию внешнему давлению, прямолинейному выражению своего неодобрения окружающим. Большинство пациентов 2-й подгруппы с высокими показателями по шкале «эмоциональная уравновешенность – агрессивность» (узел 5) были акцентуированы также по шкале «социальная пассивность – социальная активность» – узлы 10 и 11. Для пациентов с низкими показателями по данной шкале (узел 10) были характерны невысокая потребность в социальных контактах, сдержанность в процессе социальных взаимодействий, замкнутость, трудность переключения в процессе общения от одного человека к другому.

Высокие показатели (узел 11) наблюдались у лиц с импульсивностью в установлении социальных контактов, жадой социальных форм деятельности, плохой переносимостью одиночества, повышенной скоростью речедвигательных актов. Основанием деления для узла 4 (большая часть мужчин 1-й подгруппы и незначительная часть мужчин 2-й подгруппы, с нормальными показателями по шкале «эмоциональная уравновешенность – агрессивность») явилась шкала «гипотимность – гипертимность». Для всех пациентов 2-й подгруппы (все 48 человек из узла 4) и для части мужчин 1-й подгруппы (24,0 %) (узел 8) были характерны низкие значения по данной шкале, что проявлялось сниженным фоном настроения, пессимистичностью, пассивностью и снижением инициативы в принятии решений. У большинства пациентов 1-й подгруппы (узел 9) наблюдались нормальные либо высокие показатели по данной шкале, что проявлялось в повышенном фоне настроения, оптимизме и остроумии. Они часто являлись центром внимания в коллективе, хотя были склонны к отступлению от морально-этических норм.

Таким образом, для большинства мужчин 1-й подгруппы были характерны нормальные либо высокие показатели по шкалам «эмоциональная уравновешенность – агрессивность» и «гипотимность – гипертимность».

Для большинства пациентов 2-й подгруппы было характерно сочетание высоких значений по шкале «эмоциональная уравновешенность – агрессивность», низких значений по шкале «гипотимность – гипертимность» и полярных значений по шкале «социальная пассивность – социальная активность», что можно охарактеризовать как повышенную агрессивность на фоне сниженного настроения со склонностью к установлению дисгармоничных межличностных отношений либо их отсутствию.

3. Наиболее значимым основанием для деления узла 2 (женщины) явилась шкала «пассивность – энергичность». У женщин 3-й подгруппы (узел 7) достоверно чаще, чем в 4-й подгруппе, встречались нормальные значения по данной шкале. У большинства женщин 4-й подгруппы (узел 6) выявлены полярные значения, которые, в свою очередь, проявлялись ощущением избытка сил и энергии, стремлением к напряженной ответственной деятельности с повышенными требованиями к себе и к окружающим при высоких значениях, а, напротив, при низких значениях по данной шкале «хроническим» ощущением недостатка энергии, уклонением от ответственности, сниженными адаптивными способностями.

4. Достоверных различий результатов деления групп пациентов (узлов) по иным основаниям (шкалам) выявлено не было.

3.7. Факторы риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет

С целью выделения факторов риска, участвующих в формировании алкогольной зависимости в позднем возрасте, проведен гендерный анализ типичных социально-демографических, медико-биологических и психосоциальных факторов по подгруппам исследования.

Анализ частоты типичных социально-демографических факторов, создающих преморбидную почву для развития алкогольной зависимости, в обозначенных подгруппах представлен в таблицах 41, 42.

Как следует из таблицы 41, к числу патогенных социально-демографических характеристик у мужчин и женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет в сфере семейных отношений независимо от пола относились: формально гармоничное (70,5 и 74,4 %), безнадзорное (17,1 и 16,3 %) или гиперопекаемое (12,4 и 9,3 %) воспитание в полной семье (76,0 и 86,1 %) или, характерное для мужчин, – в условиях детского дома (10,1 и 2,3 %; $p < 0,05$).

Таблица 41

Частота типичных социально-демографических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет у мужчин и женщин позднего возраста

Социально-демографические факторы	1-я подгруппа (n=129)		3-я подгруппа (n=43)	
	абс.	%	абс.	%
В сфере семейных отношений				
- воспитание в полной семье	98	76,0	37	86,1
- воспитание в детском доме	13	10,1*	1	11,6
- гармоничный тип воспитания	91	70,5	32	74,4
- безнадзорность	22	17,1	7	16,3
- гиперопека	16	12,4	4	9,3
Семейное положение				
- женат (замужем)	99	76,7*	17	39,5
- женат (замужем) повторно	-	-	6	14,0*
- вдовец (вдова)	30	23,3	13	30,2*
- никогда не был женат (замужем)	-	-	6	14,0*
Образовательный уровень				
- неполное среднее (4—9 классов)	13	10,1	27	62,8*
- законченное среднее	8	6,2	8	18,6*
- начальное профессиональное	10	7,8*	-	-
- среднее профессиональное	91	70,5*	5	11,6
- высшее профессиональное	7	5,4	3	7,0
Профессиональный уровень				
- специалисты	2	1,5	11	25,6*
- технические служащие	1	0,7	10	23,3*
- работники торговли	2	1,5	3	7,0*
- работники сельского хозяйства	9	7,0*	2	4,6
- строители и ремесленники	5	3,7	4	9,3*
- управление машинами	70	54,3*	2	4,7
- простейшие профессии	4	3,0	9	20,9*
В сфере микросоциальных отношений				
Основное время проводит с семьей	72	55,8	24	55,8
Основное время проводит в одиночку	53	41,1	17	39,5
Источник средств к существованию				
Активная трудовая деятельность	15	11,6	13	30,2*
Пенсия по возрасту	105	81,4*	27	62,8

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Мужчины чаще женщин состояли в браке (76,7 и 39,5 %; $p < 0,05$). Пациентки женского пола в преморбиде чаще мужчин были вдовами (30,2 и 23,3 %), никогда не выходили замуж (14,0 и 0 %; $p < 0,05$) или были замужем повторно (14,0 и 0 %; $p < 0,05$). Образование у большинства мужчин было средним профессиональным (70,5 и 11,6 %; $p < 0,05$) и у 7,8 % пациентов начальным профессиональным, тогда как у 62,8 % женщин и 10,1 % мужчин ($p < 0,05$) образование было неполным или законченным средним (18,6 и 6,2 %; $p < 0,05$).

Типичными профессиями для мужчин являлись водитель транспортного средства (54,3 и 4,7 %; $p < 0,05$) или работник сельского хозяйства (7,0 и 4,6 %), а для женщин – специалист (25,5 и 1,5 %; $p < 0,05$), техническая служащая (23,3 и 0,7 %; $p < 0,05$), работник торговли (7,0 и 1,5 %; $p < 0,05$), строитель (9,3 и 3,7 % $p < 0,05$) или представители других простейших профессий (20,9 и 3,0 %; $p < 0,05$). По выходу на заслуженный отдых основным источником существования для большинства больных была пенсия по возрасту (81,4 и 62,8 %). Треть мужчин продолжили активную трудовую деятельность в пенсионном возрасте. Как мужчины, так и женщины основное время предпочитали проводить в семейном кругу (55,8 и 55,8 %) либо в одиночестве (41,1 и 39,5 %).

Т а б л и ц а 4 2

Частота типичных социально-демографических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет у мужчин и женщин позднего возраста

Социально-демографические факторы	2-я подгруппа (n=262)		4-я подгруппа (n=28)	
	абс.	%	Абс.	%
В сфере семейных отношений				
- воспитание в полной семье	157	59,9*	6	21,4
- воспитание в неполной семье	58	22,2	12	42,9*
- воспитание в детском доме	47	17,9	10	35,7*
- гармоничный тип воспитания	81	30,9*	7	25,0
- безнадзорность	167	63,8*	19	67,9*
- гиперопека	14	5,3	2	7,1
Семейное положение				
- женат (замужем)	108	41,2	15	53,6*
- женат (замужем) повторно	77	29,4*	5	17,9
- вдовец (вдова)	15	5,7	4	14,3*
- никогда не был женат (замужем)	23	8,8*	1	3,5
Образовательный уровень				
- неполное среднее (4—9 классов)	25	9,5	23	82,1*
- законченное среднее	8	3,1	3	10,7
- начальное профессиональное	11	4,2	1	3,6
- среднее профессиональное	184	70,2*	1	3,6
- незаконченное высшее	6	2,3	-	-
- высшее профессиональное	28	10,7*	-	-
Профессиональный уровень				
- технические служащие	4	1,5	8	28,6*
- работники торговли	26	9,9	12	42,9*
- строители и ремесленники	170	64,9*	3	10,7
- управление машинами	34	13,0*	-	-
В сфере микросоциальных отношений.				
- основное время проводит с семьей	44	16,8	17	60,7*
- основное время проводит в одиночестве	190	72,5*	9	32,2
Источник средств к существованию				
- пенсия по возрасту	214	81,7	25	89,3

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Таким образом, к общим социально-демографическим характеристикам мужчин и женщин позднего возраста с алкоголизмом с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет относятся: в преморбиде воспитание и проживание в формально гармоничных или деструктивных семьях или в одиночестве. Типичными для мужчин в преморбиде являются сохраненные семейные отношения, низкий образовательный ценз, профессии водителей или работников сельского хозяйства и основной источник существования – пенсия. Для женщин в преморбиде характерны отсутствие браков или повторные браки, неполное или среднее образование, простейшие специальности или работа квалифицированными специалистами, техническими служащими или работниками торговли и продолжение активной трудовой деятельности в пенсионный период.

Как следует из таблицы 42, типичной социально-демографической характеристикой лиц мужского и женского пола, страдающих алкогольной зависимостью, с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет явилось безнадзорное воспитание в детском возрасте (63,8 и 67,9 %). При этом мужчины достоверно чаще, чем женщины, воспитывались в полной семье (59,9 и 21,4 %; $p < 0,05$); в трети случаев – в условиях гармоничного воспитания (30,9 и 25,0 %; $p < 0,05$). Женщины значительно чаще, чем мужчины, воспитывались в неполной семье (42,9 и 22,2 %; $p < 0,05$) либо в детском доме (35,7 и 17,9 %; $p < 0,05$). Гиперопека в обеих подгруппах встречалась одинаково редко (не превышала 10,0 %).

В большинстве случаев не только мужчины, но и женщины на момент обследования находились в браке. Однократный брак достоверно чаще встречался у женщин (53,6 и 41,2 %; $p < 0,05$), повторный брак – у мужчин (29,4 и 17,9 %; $p < 0,05$). Причиной семейного одиночества у женщин чаще всего являлось вдовство (14,3 и 5,7 %; $p < 0,05$), у мужчин – полное отсутствие брачных отношений в течение жизни (8,8 и 3,5 %; $p < 0,05$). В большинстве случаев у женщин встречалось неполное среднее образование (82,1 и 9,5 %; $p < 0,05$), у мужчин – среднее профессиональное (70,2 и 3,6 %; $p < 0,05$) либо высшее (10,7 и 0 %; $p < 0,05$) образование.

Женщины значительно чаще, чем мужчины, работали в сфере торговли (42,9 и 9,9 %; $p < 0,05$) либо техническими служащими (28,6 и 1,5 %; $p < 0,05$). Среди мужчин чаще встречались строители, ремесленники (64,9 и 10,7 %; $p < 0,05$), а также водители транспорта и работники механизированных предприятий (13,0 и 0 %; $p < 0,05$).

В сфере микросоциальных отношений женщины достоверно чаще проводили основное время с семьей (60,7 и 16,8 %; $p < 0,05$), мужчины – в одиночестве (72,5 и 32,2 %; $p < 0,05$).

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы: на формирование алкогольной зависимости позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет у мужчин оказывают влияние такие социально-демографические факторы, как безнадзорность, семейные конфликты, следствием которых являются повторные (либо многократные) браки, а также полное отсутствие брачных отношений в течение жизни, среднее профессиональное образование, род профессий, связанный со строительством, ремеслом и управлением механизмами. На формирование алкоголизма позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет у женщин оказывали влияние такие социально-демографические факторы, как воспитание в неполной семье либо детском доме, безнадзорность, вдовство либо конфликтные отношения в браке (со страхом одиночества), неполное среднее образование и низкоквалифицированный труд.

Т а б л и ц а 4 3

Частота типичных медико-биологических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет у мужчин и женщин позднего возраста

Медико-биологические факторы	1-я подгруппа (n=129)		3-я подгруппа (n=43)	
	абс.	%	абс.	%
1. Наследственность				
Наследственность, отягощенная алкоголизмом	79	61,2*	18	42,8
- по матери	3	2,3	9	21,4*
- по отцу	30	23,3	18	42,8*
- по братьям и сестрам	60	46,5*	3	7,1
- по нескольким линиям	14	10,9	9	21,4*
Наследственность не отягощена	50	38,8	25	57,2*
2. Соматогенные воздействия				
Выявленная соматическая патология	63	48,8*	8	18,4
- болезни органов дыхания	25	19,4*	2	4,7
- болезни системы кровообращения	17	13,2*	1	2,3
- болезни органов пищеварения	16	12,4*	0	0
- сочетанная соматическая патология	17	13,2*	1	2,3
3. Травматическое поражение головного мозга				
- не было	110	85,3*	29	67,4
- однократно	6	4,6	12	27,9*
- многократно	13	10,1*	2	4,7
4. Тип телесной конституции				
- астенический	67	51,9*	4	9,3
- нормастенический	28	21,7	12	27,9*
- пикнический	34	26,4	27	62,8*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ частоты встречаемости типичных медико-биологических факторов (табл. 43), участвующих в формировании алкоголизма у лиц позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет, выявил, что мужчины достоверно чаще, чем женщины, имели наследственность отягощенную алкоголизмом (61,2 и 42,8 %; $p < 0,05$), в особенности по линии братьев и сестер (46,5 и 7,1 %; $p < 0,05$). У женщин чаще встречалась наследственность, отягощенная по линии матери (21,4 и 2,3 %; $p < 0,05$), по линии отца (42,8 и 23,3 %; $p < 0,05$), а также по нескольким линиям (57,2 и 38,8 %; $p < 0,05$). Факт отсутствия наследственной отягощенности чаще встречался у женщин (57,2 и 38,8 %; $p < 0,05$).

Соматогенная патология чаще выявлялась у мужчин (48,8 и 18,4 %; $p < 0,05$) в виде болезней органов дыхания (19,4 и 4,7 %; $p < 0,05$), кровообращения (13,2 и 2,3 %; $p < 0,05$), пищеварения (12,4 и 0 %; $p < 0,05$). Также чаще у мужчин встречалась сочетанная соматическая патология (13,2 и 2,3 %; $p < 0,05$). Однократные травмы головного мозга чаще встречались у женщин (27,9 и 4,6 %; $p < 0,05$), многократные – у мужчин (10,1 и 4,7 %; $p < 0,05$). При этом в значительном большинстве случаев и у мужчин, и у женщин травмы головного мозга отсутствовали (85,3 и 67,4 %).

Мужчины в половине случаев наблюдения имели астенический тип телосложения (51,9 %), что в 5 раз превышало встречаемость данного признака у женщин (9,3 %), большинство из которых имело пикнический (62,8 %) либо нормостенический (27,9 %) тип телесной конституции. В свою очередь у мужчин пикники и нормостеники встречались достоверно реже (26,4 и 21,7 %).

Таким образом, типичными медико-биологическими факторами, участвующими в развитии алкогольной зависимости у мужчин с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет, являются отягощенная алкоголизмом наследственность по линии братьев и сестер, преморбидные соматогенные воздействия, вследствие болезней органов дыхания, кровообращения, пищеварения, многократных ЧМТ либо сочетанной патологии, а также астенический тип телесной конституции. У женщин такими факторами являются отягощенная наследственность наркологической патологией по линии родителей, пикнический тип телосложения и травматическое поражение головного мозга у части пациентов.

Согласно данным таблицы 44, у мужчин, страдающих алкоголизмом, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, достоверно чаще, чем у женщин, встречались отягощенная наследственность по линии братьев и сестер (11,8 и 3,6 %; $p < 0,05$), соматиче-

ская патология (53,0 и 40,0 %; $p<0,05$), в особенности болезни органов кровообращения (24,0 и 7,1 %; $p<0,05$), пищеварения (13,0 и 0 %; $p<0,05$), а также сочетанная соматическая патология (21,0 и 10,7 %; $p<0,05$). У женщин чаще встречалась наследственность, отягощенная по линии матери (21,4 и 5,7 %; $p<0,05$), по линии отца (35,7 и 26,7 %; $p<0,05$), а также по нескольким линиям (25,0 и 11,8 %; $p<0,05$). Болезни органов дыхания у женщин встречались более чем в 4 раза чаще (28,6 и 6,1 %; $p<0,05$). Травматическое поражение головного мозга встречалось в трети случаев наблюдения не только у мужчин, но и у женщин с равной частотой однократных (18,3 и 17,9 %; $p<0,05$) и многократных (9,2 и 10,7 %; $p<0,05$) травм.

Таблица 44

Частота типичных медико-биологических факторов, участвующих в формировании алкоголизма с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет у мужчин и женщин позднего возраста

Медико-биологические факторы	2-я подгруппа (n=262)		4-я подгруппа (n=28)	
	абс.	%	абс.	%
1. Наследственность				
Наследственность, отягощенная алкоголизмом	85	32,7	10	35,7
- по матери	15	5,7	6	21,4*
- по отцу	70	26,7	10	35,7*
- по братьям и сестрам	31	11,8*	1	3,6
- по нескольким линиям	31	11,8	7	25,0*
Наследственность не отягощена	177	67,6	18	64,3
2. Соматогенные воздействия				
Выявленная соматическая патология	139	53,0*	11	40,0
- болезни органов дыхания	16	6,1	8	28,6*
- болезни системы кровообращения	63	24,0*	2	7,1
- болезни органов пищеварения	34	13,0*	0	0
- сочетанная соматическая патология	55	21,0*	3	10,7
3. Травматическое поражение головного мозга				
- не было	190	72,5	20	71,4
- однократно	48	18,3	5	17,9
- многократно	24	9,2	3	10,7
4. Тип телесной конституции				
- астенический	95	36,3*	4	14,3
- нормастенический	59	22,5	8	28,6*
- пикнический	108	41,2	16	57,2*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p<0,05$.

Следует отметить, что как и в предыдущей таблице 43, у мужчин чаще, чем у женщин, встречались астеники (36,3 и 14,3 %; $p<0,05$), у женщин – пикники (57,2 и 41,2 %; $p<0,05$) и нормостеники (28,6 и 22,5 %; $p<0,05$).

Таким образом, наибольшее влияние на формирование алкоголизма у мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет оказывали такие медико-биологические факторы, как отягощенная алкоголизмом наследственность по линии братьев и сестер, соматическая патология в виде болезней органов кровообращения и пищеварения, сочетанное поражение этих систем, а также астенический тип конституции. У женщин такими факторами явились отягощенная наследственность по линии родителей, а также по нескольким линиям, болезни органов дыхания и пикнический тип телосложения.

Таблица 45

Типичные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет у мужчин и женщин позднего возраста

Психосоциальные факторы	1-я подгруппа (n=129)		3-я подгруппа (n=43)	
	абс.	%	абс.	%
Скука и тоска от безделья	63	48,8*	-	-
Чувство одиночества	4	3,1	31	72,1*
Недостаток самореализации в связи с выходом на пенсию	38	29,5*	2	4,7
Семейные конфликты	16	12,4*	1	2,3
Финансовые проблемы	8	6,2*	-	-
Смерть близких	8	6,2	7	16,3*
Правонарушения, судебно-следственные разбирательства	30	23,3*	2	4,7
Влияние употребляющего алкоголь окружения	8	6,2	16	37,2*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p<0,05$.

Типичными психосоциальными факторами, участвующими в формировании алкогольной зависимости у мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет (табл. 45), являются скука и тоска от безделья (48,8 и 0 %; $p<0,05$), недостаток реализации в связи с выходом на пенсию (29,5 и 4,7 %; $p<0,05$), семейные конфликты (12,4 и 2,3 %; $p<0,05$), финансовые проблемы (6,2 и 0 %; $p<0,05$), а также негативное психоэмоциональное состояние, связанное с совершенными правонарушениями и судебно-следственными разбирательствами (23,3 и 4,7 %; $p<0,05$). У женщин такими факторами являются чувство одиночества (72,1 и 3,1 %; $p<0,05$), смерть близких (16,3 и 6,2 %; $p<0,05$) и влияние употребляющего алкоголь окружения (37,2 и 6,2 %; $p<0,05$).

Типичными психосоциальными факторами, участвующими в формировании алкоголизма у мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет (табл. 46), являются скука и тоска от безделья (14,5 и 0 %; $p<0,05$), недостаток реализации

в связи с выходом на пенсию (6,9 и 0 %; $p < 0,05$), финансовые проблемы (6,1 и 0 %; $p < 0,05$), а также негативное психоэмоциональное состояние, связанное с совершенными правонарушениями и судебносудственными разбирательствами (75,6 и 53,6 %; $p < 0,05$). У женщин такими факторами являются чувство одиночества (25,0 и 0,8 %; $p < 0,05$), смерть близких (42,9 и 4,2 %; $p < 0,05$), влияние употребляющего алкоголь окружения (60,7 и 2,7 %; $p < 0,05$).

Т а б л и ц а 4 6

Типичные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет у мужчин и женщин позднего возраста

Психосоциальные факторы	2-я подгруппа (n=262)		4-я подгруппа (n=28)	
	абс.	%	Абс.	%
Скука и тоска от безделья	38	14,5*	-	-
Чувство одиночества	2	0,8	7	25,0*
Недостаток самореализации в связи с выходом на пенсию	18	6,9*	-	-
Семейные конфликты	14	5,3	2	7,1
Финансовые проблемы	16	6,1*	-	-
Смерть близких	11	4,2	12	42,9*
Влияние употребляющего алкоголь окружения	7	2,7	17	60,7*
Правонарушения, судебносудственные разбирательства	198	75,6*	15	53,6

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Анализ факторов риска, связанных с полом, участвующих в формировании алкоголизма у лиц позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет выявил, что социально-демографические и медико-биологические факторы, а также индивидуально-личностные характеристики принимают участие в формировании неблагоприятной преморбидной почвы и клинкопсихопатологическом оформлении наркологической патологии, а психосоциальные вредности способствуют дебюту и определяют дифференциальные клинко-динамические особенности алкогольной зависимости.

Наряду с типичными патогенными факторами, участвующими в формировании алкогольной зависимости у пациентов позднего возраста, особый исследовательский интерес представляет изучение причин алкоголизации и факторов, препятствующих формированию алкогольной зависимости.

При анализе причин потребления спиртных напитков (табл. 47) установлено, что как мужчины, так и женщины в большинстве случаев употребляли алкоголь, чтобы справиться с негативными переживаниями.

Т а б л и ц а 4 7

Причины потребления алкоголя

Причина	Мужчины (n=391), подгруппа				Женщины (n=71), подгруппа			
	1-я (n=129)		2-я (n=262)		3-я (n=43)		4-я (n=28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чтобы справиться с негативными переживаниями	74	57,4	236	90,1*	43	100*	19	67,9
Чтобы получить удовольствие	18	14,0*	26	9,9	0	0	9	32,1*
В силу привычек и обычаев	37	28,6*	0	0	0	0	0	0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Наиболее часто эту причину (справиться с негативными переживаниями) называли женщины (3-я подгруппа), впервые обратившиеся за наркологической помощью после 60 лет (100 %), далее по убывающей следовали мужчины (2-я подгруппа) и женщины (4-я подгруппа) с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет (90,1 и 67,9 %). Достоверно реже, чем в других группах, данная причина встречалась у мужчин (1-я подгруппа) с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет. Удовольствие от употребления алкоголя в качестве основной причины алкоголизации наиболее часто встречалось в 4-й подгруппе (32,1 %) и достоверно реже в 1-й подгруппе (14,0 %). Все случаи потребления алкоголя в силу привычек и обычаев были выявлены у мужчин 1-й подгруппы (28,6 %).

Полученные данные свидетельствуют, что негативные переживания являются основной причиной алкоголизации для мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет и женщин с алкогольной зависимостью с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет и в меньшей степени для мужчин 1-й и женщин 4-й подгрупп. Типичными для мужчин 1-й подгруппы, в отличие от женщин 3-й подгруппы, являются гедонистическая мотивация и в силу сложившихся привычек и традиционных обычаев. Для трети женщин с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет гедонистическая мотивация также является ведущей.

Анализ факторов, препятствующих развитию алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет (табл. 48), свидетельствует, что чувство вины являлось одним из ведущих факторов, препятствующих развитию зависимости у мужчин 1-й подгруппы (42,9 %), а также основным фактором у женщин обеих подгрупп, причем у женщин 4-й подгруппы чаще, чем у женщин 3-й подгруппы (67,9 и 58,1 %; $p < 0,05$). Равнозначным по встречаемости фактором, сдерживающим потребление алкоголя, у пациентов 1-й подгруппы явилось состояние здоровья (42,9 %).

Данный фактор (обеспокоенность состояние здоровья) был основным у мужчин 2-й подгруппы (44,5 %). Ответственность перед работодателем, как основной сдерживающий фактор, встречалась относительно редко, и скорее всего, была связана с желанием пациентов создать о себе впечатление как о хороших работниках.

Т а б л и ц а 4 8

Факторы, препятствующие развитию алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста

Фактор	Мужчины (n=391), подгруппа				Женщины (n=71), подгруппа			
	1-я (n=129)		2-я (n=262)		3-я (n=43)		4-я (n=28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чувство вины	55	42,9	87	33,3	25	58,1*	19	67,9*
Ответственность перед работодателем	19	14,2	58	22,2*	6	14,0	2	7,1
Состояние здоровья	55	42,9*	117	44,5*	12	27,9	7	25,0

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

В сравнении с пациентами других подгрупп наиболее часто данный фактор назывался мужчинами 2-й подгруппы (44,5 %).

Таким образом, исходя из вышеизложенных данных, можно сделать вывод о том, что для женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 и до 60 лет наиболее веской причиной снижения либо прекращения потребления алкоголя может стать чувство вины и страх осуждения близкими родственниками, в то время как для мужчин этот фактор является сдерживающим в значительно меньшем числе случаев. Для мужчин с алкоголизмом в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью после 60 и до 60 лет сокращение потребления алкоголя достоверно чаще связано с ухудшением своего состояния здоровья. Для четверти мужчин 2-й подгруппы ответственность перед работодателем является веской причиной для отказа от алкоголя. Выявленные патогенные факторы риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста могут служить основой для разработки дифференцированных программ реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту больных.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА СЕРОТОНИНА И СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Для изучения гендерных особенностей обмена серотонина и свободнорадикального окисления при алкогольной зависимости у лиц позднего возраста проведено клинико-лабораторное обследование 52 больных мужского и женского пола, проходивших лечение в наркологических стационарах Челябинской области в 2011—2012 гг. и состоящих на диспансерном учете с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя» (по МКБ-10 рубрики F10.2–10.7). С учетом пола было выделено 2 группы наблюдения: I группа (n=30) – мужчины старше 60 лет (средний возраст – $65,5 \pm 5,2$ года); II группа (n=22) – женщины позднего возраста (средний возраст – $64,9 \pm 4,2$ года). По признаку возраста первичного обращения за наркологической помощью в каждой группе выделены по две подгруппы наблюдения: 1-я подгруппа – мужчины (n=12) и 3-я подгруппа – женщины (n=9), впервые обратившиеся за наркологической помощью после 60 лет; 2-я подгруппа – мужчины (n=18) и 4-я подгруппа – женщины (n=13), впервые обратившиеся за наркологической помощью до исполнения 60 лет. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц мужского (средний возраст – $65,1 \pm 3,2$ года; n=10) и женского (средний возраст – $65,3 \pm 2,7$ года; n=10) пола.

Взятие крови для лабораторных исследований осуществлялось путем пункции кубитальной вены. Для определения трибулиновой активности (Волчегорский И. А. и др., 2000; Камышников В. С., 2009) использовали порцию утренней мочи. Для сбора использованы стерильные контейнеры для биопроб без консерванта (для определения трибулиновой активности) и с консервантом (соляная кислота) для определения уровней катехоламинов. Для анализа собиралась средняя порция мочи.

Содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали спектрофотометрически в липидном экстракте исследуемых образцов по методике И. А. Волчегорского и др. (1989). Для исследования использовалась ЭДТА – стабилизированная плазма крови. Метод основан на способности продуктов липопероксидации, находящихся в экстракте, поглощать монохроматический ультрафиолетовый свет.

В гептановую фазу экстрагируются преимущественно нейтральные липиды, а в изопропанольную – фосфолипиды (Плацер З. и др., 1970). В каждой фазе экстракта измеряли оптическую плотность при 220, 232 и 278 нм. Соответствующие величины экстинкции отражают поглощение изолированных двойных связей, диеновых конъюгатов, ацилгидроперексидов (первичных молекулярных продуктов ПОЛ), кетодиенов и сопряженных триенов (вторичных молекулярных продуктов ПОЛ).

Результаты выражали в виде так называемого индекса окисления, для чего рассчитывали соотношения E_{232}/E_{220} и E_{278}/E_{220} (Волчегорский И. А., 1989).

Определение конечных продуктов перекисного окисления липидов проводили спектрофотометрическим методом Е. И. Львовской и др. (1998). Продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ), а именно содержащие карбонильные группы, способны взаимодействовать со свободными аминогруппами различных веществ (фосфолипидов, аминолипидов, белков и др.) с образованием соединений типа шиффовых оснований. Последняя группа соединений является структурной основой липофусцинов (кероида), представляющих собой неметаболизированные маркеры дистрофических процессов в клетке.

Общеизвестным аналитическим подходом к определению конечных продуктов ПОЛ является флуоресцентная детекция этих соединений (Спектрофотометрические методы не разработаны, поскольку шиффовы основания обладают высокой способностью к изомеризации, что существенно отражается на спектре поглощения.) Вместе с тем известно, что в области 401—404 нм находится изобеситическая точка для этих соединений, которая не зависит от вида изомеров.

Получение липидных экстрактов, а также определение первичных, вторичных продуктов ПОЛ проводили по разработанному ранее методу (Волчегорский И. А. и др., 1989, 2000). Содержание конечных продуктов ПОЛ определяли по величине оптической плотности гептановых и изопропанольных фаз липидных экстрактов при 400 нм (толщина оптического слоя 2 см). Относительное содержание шиффовых оснований рассчитывали по отношению поглощения при 400 нм к оптической плотности при 220 нм. Последняя величина является функцией содержания изолированных двойных связей в экстрагированных липидах, которые являются субстратами ПОЛ.

Определение интенсивности аскорбат-индуцированного ПОЛ проводили по методу Е. И. Львовской (1998). Для изучения интенсивности индуцированного ПОЛ (окисляемости липидов) к изопропанольным экстрактам биологических жидкостей добавляли индуцирующую ПОЛ смесь (0,5 мМ аскорбиновой кислоты и 50 мкг сульфата железа). После чего через 10 минут, когда наблюдается наибольшее изменение содержания молекулярных продуктов липопероксидации, проводят их спектрофотометрическое определение. Окисляемость липидных экстрактов оценивают по соотношениям величин оптических плотностей E_{232}/E_{220} , E_{278}/E_{220} , определяемых до и после внесения иницирующей ПОЛ смеси, и выражают в процентах по отношению к исходному уровню.

Окислительную модификацию белков оценивали по уровню образования динитрофенилгидразонов по методу Е. Е. Дубининой (1995). По данным автора метода, при 270 нм регистрируются алифатические альдегид-динитрофенилгидразоны нейтрального характера, при 370 нм – алифатические кетон-динитрофенилгидразоны нейтрального характера, при 430 – алифатические кетондинитрофенилгидразоны основного характера. Окислительная модификация белков вызывает, как минимум, три типа изменений физико-химических свойств белковой молекулы: фрагментацию, агрегацию и подверженность протеолизу (Дубинина Е. Е., 1993; Зенков Н. К., 1993). Известно, что алифатические альдегид-динитрофенилгидразоны нейтрального характера чаще всего образуются при окислительной модификации радикалов аминокислотных остатков аргинина, лизина, аланина (Дубинина Е. Е., 2006). Алифатические кетон-динитрофенилгидразоны основного характера – продукты, являющиеся маркерами процессов фрагментации белковых молекул, а нейтрального характера – агрегации. В результате окислительной модификации белка происходит либо образование продуктов с высокой функциональной активностью, либо деструкция активных центров ферментов, либо изменение нативной конформации белковых молекул.

В гепаринизированной плазме крови, обогащенной тромбоцитами, полученной дифференциальным центрифугированием, определяли активность моноаминоксидазы (МАО, аминкислородоксидоредуктазы (дезаминирующей, флавиносодержащей), К. Ф.1.4.3.4).

С этой целью применяли модифицированный И. А. Волчегорским и др. (1991) метод. В качестве субстрата МАО использовали бензиламинагидрохлорид, о дезаминировании которого судили по накоплению в среде бензальдегида. Для регистрации продукта реакции использовали принцип образования семикарбазона с последующей детекцией по поглощению при длине волны 278 нм (Волчегорский И. А. и др., 1993).

Содержание серотонина в крови определяли флуорометрическим методом по реакции с о-фталевым альдегидом (Камышников В. С., 2009).

Содержание кортизола в плазме крови определялось флуорометрическим микрометодом, предложенным Ю. Г. Балашовым (1990). Метод основан на индукции флуоресценции 11-оксистероидов в метилхлоридных экстрактах исследуемых тканей под действием абсолютного этанола и концентрированной серной кислоты.

4.1. Особенности окислительной модификации белков плазмы крови у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом

Для выявления общих закономерностей по уровню окислительной модификации белков у лиц с алкоголизмом позднего возраста был произведен статистический анализ исследованных параметров. Было выявлено увеличение уровня окислительной модификации белков вне зависимости от пола пациентов и возраста первичного обращения за наркологической помощью, проявившееся статистически значимым увеличением содержания алифатических альдегид – динитрофенилгидразонов с $0,379 \pm 0,028$ ммоль/г белка в контрольной группе до $0,449 \pm 0,031$ ммоль/г белка ($p=0,031$). Указанная категория динитрофенилгидразонов чаще всего образуется при окислительной модификации радикалов аминокислотных остатков аргинина, лизина, аланина (Дубинина Е. Е., 2006). Содержание других категорий динитрофенилгидразонов имело тенденцию к увеличению. Таким образом, пациенты, страдающие алкоголизмом в позднем возрасте, отличались от контрольной группы повышенным уровнем окислительной модификации белка в плазме крови.

Особенностью окислительной модификации белков у мужчин, страдающих алкоголизмом в позднем возрасте, является статистически значимое увеличение содержания как спонтанного, так и металл-катализируемого окисления белков (табл. 49). Помимо патохимических изменений, выявленных на общей выборке пациентов, статистически значимо увеличилось содержание алифатических кетон-динитрофенилгидразонов основного характера – продуктов, являющихся маркерами процессов фрагментации белковых молекул, по сравнению с контрольной группой.

При статистическом анализе уровней ОМБ среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью в позднем возрасте, также выявлено статистически значимое усиление спонтанного и металл-катализируемого окисления белков. Однако, в отличие от мужчин, статистически значимое усиление ОМБ наблюдалось только в подгруппе женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет. У этой подгруппы пациенток содержание всех исследованных категорий динитрофенилгидразонов в плазме крови было статистически значимо выше (табл. 49), чем в группе пациенток, впервые обратившихся за наркологической помощью после достижения 60-летнего возраста. Это говорит о прямой взаимосвязи между возрастом первичного обращения за наркологической помощью и уровнем окислительного стресса. У мужчин такой взаимосвязи не обнаружено: у мужчин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет не выявлено дополнительного усиления окислительной модификации белков (табл. 49).

Т а б л и ц а 4 9

Уровень окислительной модификации белков плазмы крови у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

Показатель	Мужчины, подгруппа			Женщины, подгруппа		
	Контроль	1-я	2-я	Контроль	3-я	4-я
ААдфг, ЕД/г белка	0,321±0,020	0,493±0,057*	0,468±0,049* **	0,439±0,068	0,377±0,025	0,542±0,046***
АКдфг (н), мкмоль/г белка	4,117±0,609	6,043±1,263	5,546±1,084 **	5,434±0,950	3,583±0,296	6,259±0,826* **
АКдфг (о), мкмоль/г белка	1,595±0,160	2,291±0,360*	2,342±0,441* **	2,506±0,628	1,52±0,118	2,282±0,224* **
ААдфг, ЕД/г белка (индукция Fe ²⁺ /H ₂ O ₂)	0,667±0,071	0,951±0,099	0,855±0,063	0,824±0,074	0,756±0,055	1,003±0,1*
АКдфг (н), мкмоль/г белка (индукция Fe ²⁺ /H ₂ O ₂)	17,936±2,522	25,107±2,165	22,282±1,737	21,819±2,257	25,924±2,58	21,916±2,593
АКдфг (о), мкмоль/г белка (индукция Fe ²⁺ /H ₂ O ₂)	11,987±1,888	14,363±1,178*	12,586±0,998*	13,677±1,314	16,082±1,422	13,408±1,682

Примечание. ААдфг – Алифатические альдегид-динитрофенилгидразоны; АКдфг (н) – Алифатические кетон-динитрофенилгидразоны нейтрального характера; АКдфг(о) – Алифатические кетон-динитрофенилгидразоны основного характера. Подгруппы: 1-я (мужчины, n=12) и 3-я (женщины, n=9) – впервые обратившиеся к наркологу после 60 лет; 2-я (n=18) и 4-я (n=13) – до 60 лет. * – Статистически значимые отличия от соответствующих показателей контрольной группы: ** – статистически значимые различия между подгруппами: 1-я и 2-я; 3-я и 4-я.

Как было указано выше, процессы карбонилирования белков вносят значимый вклад в клиническое течение как основного заболевания, так и сопутствующей патологии, во многом определяя их особенности. У мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, выявлены прямые корреляционные взаимосвязи между уровнем алифатических кетон-динитрофенилгидразонов и выраженностью ориентировки и нарушением ясности сознания ($R_s=0,48$, $p=0,029$), а также визуальных нарушений ($R_s=0,62$, $p=0,003$), установленных по шкале клинической оценки ААС CIWA, что демонстрирует вклад окислительной модификации белков в развитие клинических проявлений абстиненции.

Среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, выявлены прямые корреляционные взаимосвязи между уровнями ОМБ и тревоги ($R_s=0,54$, $p=0,03$), а также головной боли ($R_s=0,65$, $p=0,005$). Следует отметить, что корреляционные взаимосвязи между уровнями ОМБ и головной болью у мужчин были обратными ($R_s=-0,58$, $p=0,006$).

Таким образом, при алкоголизме у лиц позднего возраста происходит активация окислительной модификации белков, которая имеет гендерные различия, проявляющиеся накоплением различных продуктов окислительной модификации белка, а также различной зависимостью между длительностью заболевания и интенсивностью окислительной деструкции белков, что указывает на качественные различия в патохимии изучаемых процессов у мужчин и женщин.

Выявленные корреляционные взаимосвязи убедительно демонстрируют вклад окислительной модификации белков в клинические проявления алкогольного абстинентного синдрома, с одной стороны, и гендерные различия между указанными взаимосвязями – с другой. Исходя из полученных данных, представляются целесообразными исследования по разработке медикаментозных методов коррекции окислительной модификации белков у пациентов позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, учитывающей особенности течения заболевания и пол пациента. Накопленный на сегодняшний день клинический опыт свидетельствует об их перспективности (Болдырев А. А., 1998; Беленичев И. Ф., 2011; Fusco D., 2007).

4.2. Особенности обмена серотонина у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

При анализе уровня серотонина в крови мужчин позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, несмотря на тенденцию к снижению, не выявлено статистически значимых различий по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы, а у мужчин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, наблюдалось статистически значимое снижение уровня серотонина. При этом у женщин с поздним первичным обращением была отмечена тенденция к повышению содержания серотонина в крови, а у женщин с ранним обращением – статистически значимое снижение (табл. 50).

Т а б л и ц а 5 0

Концентрация серотонина в крови обследованных пациентов

Показатель	Мужчины, подгруппа			Женщины, подгруппа		
	Контроль (n=10)	1-я (n=12)	2-я (n=18)	Контроль (n=10)	3-я (n=9)	4-я (n=13)
Серотонин, мкг/мл	0,483±0,08	0,441±0,053	0,302±0,044 $p=0,024$	0,345±0,018	0,413±0,04	0,301±0,042 $p=0,013$

Полученные данные в целом согласуются с общепринятым мнением о снижении концентрации серотонина в крови при хроническом алкоголизме и о более выраженном его снижении при алкоголизме с ранним началом (Cloninger C. R. et al., 1987; Yu P. M., 1995; Mendelson S. C., 2000; Bailey C. et al., 2000; Demir B., Uçar G., Ulug B., Sevinç I., Batur S., 2002; Elhwuegi A. S. et al., 2004; Pivac N. et al., 2004). Однако статистически значимое снижение содержания серотонина было выявлено лишь у лиц с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет.

Отсутствие статистически значимых отличий от показателей контроля при алкоголизме с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет вполне согласуется с данными об относительно более мягком клиническом течении собственно «алкоголизма позднего возраста», с одной стороны, и демонстрирует возрастные и половые особенности обмена серотонина – с другой.

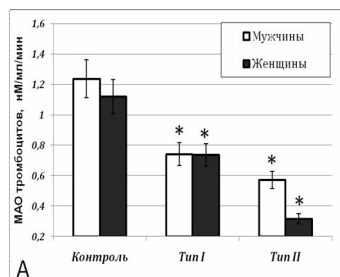


Рис. 20. Активность тромбоцитарной MAO

Примечание. * – Статистически значимые отличия от показателей контрольной подгруппы. «I тип» – алкоголизм с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет; «II тип» – алкоголизм с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет.

Не исключено, что изменения содержания серотонина в крови связаны с изменениями активности MAO. Действительно, у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, наблюдалось статистически значимое снижение активности тромбоцитарной MAO (рис. 20). Указанные изменения были выявлены как при алкоголизме с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет, так и при алкоголизме с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет. Причем во втором случае они были более выражены, что полностью воспроизводит данные аналогичных исследований, проводимых на лицах 40–45-летнего возраста (Demir B. et al., 2002; Ucar G., 2004). Однако значимых корреляционных взаимосвязей между активностью тромбоцитарной MAO и уровнем серотонина крови выявить не удалось. Возможно, это связано с ограниченным объемом исследуемых выборок пациентов.

Полученные в нашем исследовании данные по ингибированию активности MAO могут быть объяснены модуляцией ферментативной активности под влиянием эндогенных ингибиторов. Действительно, уменьшение активности MAO тромбоцитов закономерно и вполне ожидаемо сопровождалось увеличением трибулиновой активности мочи (рис. 21). Повышение уровня трибулиновой активности мочи обнаруживалось и ранее при алкогольной абстиненции.

Высказывается предположение, что в подобных условиях повышение содержания трибулина в организме может выполнять функции защитного механизма, препятствующего истощению тканевых резервов катехоламинов (Горкин В. З., Овчинникова Л. Н., 1993).

При этом обнаружены положительные корреляционные взаимосвязи между уровнями трибулиновой активности мочи и тревоги, выявленной с помощью шкалы клинической оценки алкогольного абстинентного синдрома ($R_s=0,67$, $p=0,032$) в группе женщин позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет. В группе женщин с ранним первичным обращением уровень трибулиновой активности мочи напрямую коррелирует с уровнями тревоги ($R_{st}=0,78$, $p=0,021$) и ажитации ($R_s=0,81$, $p=0,033$). При этом среди обследованных групп пациентов мужского пола статистических взаимосвязей между показателями шкалы CIWA-Ag и исследуемыми биохимическими параметрами выявлено не было.

При анализе полученных данных обращают на себя внимание отчетливые изменения активности MAO, напрямую зависящие от возраста первичного обращения за наркологической помощью, но фактически никак не зависящие от пола пациентов. Такая закономерность может быть выгодно использована в клинической практике для интегральной оценки обмена серотонина при алкоголизме у лиц позднего возраста. На наш взгляд, подобный подход позволит объективизировать данные клинических наблюдений, что необходимо для более эффективной терапии заболевания. Поэтому мы полностью разделяем мнения исследователей, которые ранее сделали подобные выводы при исследованиях алкоголизма в других возрастных группах (Hallman J. et al., 1996; Demir B. et al., 2002; Orelan L., 2004).

Таким образом, алкоголизм у лиц позднего возраста с ранним первичным обращением за наркологической помощью, в отличие от алкоголизма у лиц позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, сопровождается снижением содержания уровня серотонина крови. При алкогольной зависимости у лиц позднего возраста снижается активность тромбоцитарной моноаминоксидазы, причем снижение более выражено при алкоголизме с ранним обращением и не имеет существенных половых различий. Изменения активности моноаминоксидазы у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, сопровождаются увеличением трибулиновой активности мочи, которая имеет прямую зависимость от уровней тревоги и ажитации у женщин, но не у мужчин. Определение активности моноаминоксидазы тромбоцитов может быть использовано для объективной диагностики варианта течения хронического алкоголизма с возможностью более точной оценки прогноза заболевания.

4.3. Нейроэндокринная дисфункция и свободнорадикальное окисление в плазме крови у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью

В результате проведенного исследования были выявлены признаки дисфункции ГГАС у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, что проявлялось снижением уровня кортизола в сыворотке крови вне зависимости от пола и возраста первичного обращения за наркологической помощью по сравнению с соответствующим показателем контрольной группы. Концентрация кортизола в контрольной группе ($n=20$) составила $642,91 \pm 54,46$ нмоль/л, в опытной (общая выборка обследованных пациентов, $n=52$) – $497,14$ нмоль/л ($p=0,00034$).

Следует отметить, что уровень кортизола среди обследованных лиц соответствовал общепринятым возрастным лабораторным нормам, а относительно высокий уровень кортизола в контрольной группе пациентов, на наш взгляд, демонстрирует возрастные особенности функции ГГАС и косвенно указывает на наличие нарушения отрицательной обратной связи. При этом указанные выше изменения были более выражены у мужчин, которые характеризовались как более высоким уровнем кортизола в контрольной группе ($655,2 \pm 51,42$ нмоль/л; $n=10$), чем у женщин ($630,6 \pm 59,11$ нмоль/л; $n=10$), так и более выраженным снижением его уровня при алкоголизме (у мужчин этот показатель составил $481,88$ нмоль/л, т. е. был снижен на $26,13\%$ ($p=0,00019$), у женщин составил $521,73 \pm 48,64$, т. е. был снижен на $17,3\%$ ($p=0,031$)).

Изменения функции ГГАС при алкоголизме позднего возраста различались в зависимости от возраста первичного обращения за наркологической помощью (рис. 22). Наиболее выраженным снижением уровня кортизола оказалось в подгруппе мужчин, впервые обратившихся за наркологической помощью в возрасте до 60 лет, а наименее выраженным в соответствующей подгруппе женщин.

Обнаружено, что выявленные признаки дисфункции ГГАС были связаны с изменениями свободнорадикального окисления. Корреляционный анализ полученных данных позволил выявить статистические взаимосвязи между содержанием кортизола и уровнями продуктов перекисного окисления липидов и окислительной модификации белков в контрольных и опытных группах обследованных лиц. Так, в контрольной группе лиц мужского пола отмечена обратная корреляционная зависимость между уровнем кортизола и содержанием первичных гептан-растворимых продуктов ПОЛ ($R_s=-0,68$, $p=0,03$).

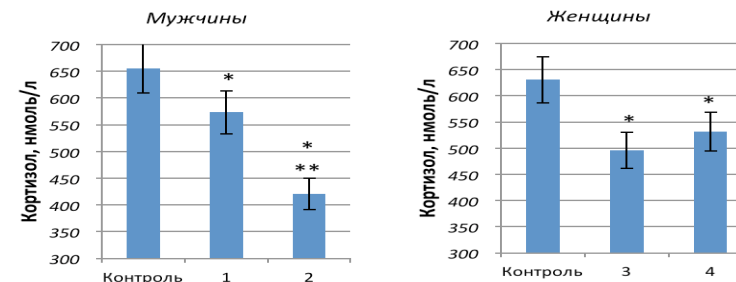


Рис. 22. Изменения уровня кортизола в сыворотке крови при различных вариантах алкоголизма позднего возраста

Примечание. Подгруппы: 1-я – мужчины ($n=12$) и 3-я – женщины ($n=9$), впервые обратившиеся за наркологической помощью после 60 лет. 2-я – мужчины ($n=18$) и 4-я – женщины ($n=13$), впервые обратившиеся за наркологической помощью до 60 лет.

* – Статистически значимые отличия от показателей контрольной группы; ** – статистически значимые различия между показателями подгрупп 1-й и 2-й.

В группе мужчин с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет обнаружена обратная корреляционная зависимость с содержанием конечных изопренол-растворимых продуктов ($R_s=-0,93$, $p=0,001$). Интересно, что в группе мужчин с алкоголизмом позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет на фоне наиболее выраженной дисфункции ГГАС подобные корреляционные взаимосвязи отмечены не были.

В группе женщин с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет также отмечены корреляционные взаимосвязи между уровнем кортизола и содержанием первичных ($R_s=-0,9$, $p=0,037$) и вторичных ($R_s=+0,9$, $p=0,037$) гептан-растворимых продуктов ПОЛ, а в группе женщин с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет выявлены взаимосвязи с уровнем металл-катализируемой окислительной модификации белков ($R_s=0,63$, $p=0,02$). Следует отметить, что ранее именно у данной категории пациенток наблюдались наиболее выраженные изменения ОМБ. По этой причине указанная корреляционная зависимость может указывать на глюкокортикоид-зависимые изменения окислительной модификации белков при алкоголизме с ранним обращением у пожилых женщин.

Обсуждая полученные результаты, следует обратить внимание на аналогичное исследование, проведенное ранее Е. Badrick et al. (2008), где сообщается о положительной связи между различными показателями потребления алкоголя и циркадной секрецией кортизола у пожилых людей.

Указанное исследование одно из немногих, посвященных изучению взаимосвязей между потреблением алкоголя и дисфункцией ГГАС, проведенное на большой популяции пожилых людей в рамках 7 фазы исследования Whitehall II. В этой работе, как и в большинстве других исследований (Cappell H. and Herman, 1972; Hodgson et al., 1979; Cappell H. and Greely J., 1987; Pohorecky, 1991), посвященных изучаемой проблеме, показана положительная связь между потреблением алкоголя и циркадной секрецией кортизола. Однако результаты нашего исследования противоречат работам других авторов, демонстрируя не повышение, а напротив, снижение уровня кортизола в сыворотке крови лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью. На первый взгляд, это противоречие указывает на некую компенсацию дисфункции ГГАС при алкоголизме у пожилых людей. Действительно, снижение уровня кортизола в обследованных группах не было критичным и находилось в пределах общепринятых лабораторных норм. К тому же известно, что развитие «болезней адаптации» связано именно с перепроизводством глюкокортикоидов в результате нарушения регуляции в ГГАС по «длинной петле отрицательной обратной связи», а не снижением их уровня.

Тем не менее имеются данные и другого характера, в которых внимание акцентируется на снижении уровня гормонов коры надпочечников при патологии стрессорного характера. В настоящее время этот доказано в случае хронической боли (Heim C., 1998), синдрома хронической усталости (Juster R. P. et al., 2011), а также фибромиалгии (Maes M. et al., 1998). Кроме того, показано, что при синдроме посттравматического стрессорного расстройства, формирующегося у участников боевых конфликтов (Pitman R., 1990), лиц, переживших различного рода жизненные драмы, – жертв изнасилований (Bicanic I. A. et al., 2012), больных, страдающих различными фатальными заболеваниями от онкологической патологии до ВИЧ-инфекции (Glover D., 2002; Norbiato G., 2012), наблюдается длительное снижение уровня кортизола. Ряд исследователей полагает, что именно сниженный уровень глюкокортикоидов определяет степень тяжести стрессорных расстройств (Steudte S. et al., 2011; Vinther F., 2011).

Более того, в последнее время все большее внимание исследователей (Dhanwal D. K. et al, 2011; Aucott S. W., 2012; Vespa P. M., 2013) привлекает такое явление, как относительная недостаточность коры надпочечников – Relative Adrenal Insufficiency. Этим термином сегодня принято обозначать ситуации, в которых, несмотря на высокую степень активации ГГАС, выражающуюся высоким абсолютным уровнем кортизола, ее может быть недостаточно для поддержания гомеостаза.

Подобного рода состояния являются весьма актуальной проблемой в перинатологии, реанимации и интенсивной терапии, поскольку они связаны с высоким риском летального исхода.

Вероятно, относительно низкий уровень глюкокортикоидов в данном случае, напротив, способствует развитию повреждений. Вполне возможно, что на фоне сниженного уровня кортизола в органах и тканях усиливаются процессы свободнорадикального окисления, что и демонстрируют обнаруженные нами корреляционные взаимосвязи между уровнем кортизола и содержанием различных продуктов свободнорадикального окисления.

Таким образом, дисфункция ГГАС у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, проявляется снижением уровня кортизола в крови. Наиболее выраженное снижение уровня кортизола выявлено в подгруппе мужчин с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, а наименее выраженное – в соответствующей подгруппе женщин. Выявленная дисфункция ГГАС может быть одной из причин оксидативного стресса у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью.

РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

5.1. Организационно-методологические принципы реабилитационно-профилактической помощи лицам позднего возраста с алкогольной зависимостью

Вышеизложенные теоретические, клинико-психопатологические и клинико-динамические данные свидетельствуют о сложности и неоднозначности проблемы выявления, лечения и профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, которая обусловлена комплексом патогенных социально-демографических, медико-биологических и психосоциальных факторов и ассоциированными с данной патологией как психическими, так соматическими и неврологическими нарушениями. По мере накопления в населении доли пожилых пациентов данная задача будет стоять всё острее; и соответственно, оптимизация терапии и реабилитационно-профилактической помощи (РПП) данной субпопуляции в будущем станет одной из наиболее актуальных программ социально-психологической практики в целом.

В процессе негативной динамики алкогольной зависимости необходимо учитывать определенную социальную незащищенность лиц позднего возраста, когда при нарастании когнитивных и эмоционально-волевых расстройств снижаются их социальное функционирование и качество жизни. В данном контексте особую актуальность приобретают исследования, направленные на совершенствование методов диагностики, терапии и профилактики алкогольной зависимости в позднем возрасте на самых ранних этапах ее формирования, а также создания различных методов социальной поддержки данной категории лиц.

Для ранней диагностики формирующейся алкогольной зависимости у лиц позднего возраста важным является создание дифференцированных и оптимальных условий социального функционирования на разных этапах ведения данных пациентов, основанных на следующих принципах: межведомственный характер системы общественной поддержки лиц позднего возраста; комплексность, системность и дифференцированность реабилитационно-профилактических программ; этапность и индивидуализация воздействия с обязательной оценкой гендерных клинико-динамических и нейрометаболических сдвигов; оценка сопутствующих и предрасполагающих патогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, способствующих формированию признаков алкогольной зависимости; учет клинико-

психологических и нейрофизиологических параметров, отражающих степень сохранности адаптационных механизмов у лиц позднего возраста; разработка прогрессивной модели наблюдения и ведения лиц позднего возраста, предусматривающей их последовательное восстановление социального функционирования (в семье, с близкими, с соседями и др.).

С учетом выявленных клинико-динамических особенностей алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста разработка программ дифференцированной помощи данному контингенту населения, направленная на предупреждение злоупотребления спиртными напитками и формирование здорового образа жизни, представляется актуальной.

В этой связи была создана областная структура, ориентированная на оказание комплексной помощи больным наркологическими расстройствами, включая лиц позднего возраста с алкоголизмом. Одной из адекватных организационных форм оказания специализированной помощи больным наркологического профиля, включая в том числе лиц позднего возраста с алкогольной зависимостью, является лечебно-реабилитационный комплекс Челябинской областной клинической наркологической больницы (ЛРК ЧОКНБ), структура которого представлена на рисунке 23.



Рис. 23. Структура лечебно-реабилитационного комплекса по оказанию специализированной помощи лицам позднего возраста с наркологической патологией

Как следует из рисунка 23, в организационную модель ЛРК входят следующие структурные подразделения: диспансерное, стационарное, лабораторно-диагностическое и реабилитационное наркологическое отделения, эффективно взаимодействующие на разных этапах лечения и реабилитации и позволяющие осуществлять раннюю диагностику злоупотребления алкоголем у лиц позднего возраста, а также оказать больным с алкоголизмом позднего возраста специализированную РПП.

Диспансерное отделение состоит из поликлиники, включающей кабинеты: психиатра-нарколога, психотерапии, рефлексотерапии, физиотерапии, врачей других специальностей, что позволяет проводить раннюю клиническую диагностику и патогенетические терапевтические воздействия в амбулаторном режиме.

Для большего охвата пациентов с аддиктивными состояниями предусмотрены кабинеты анонимной наркологической помощи. Основными пациентами данных кабинетов являются больные алкогольной зависимостью II или II—III стадии, с сохранными семейными отношениями и относительно адаптивным социальным и профессиональным функционированием. Отдел медицинской профилактики включает кабинет консультативно-профилактической помощи для населения, куда могут направляться лица с начальными признаками алкогольной зависимости, выявленные при профилактических осмотрах, при экспертизе опьянения и по другим причинам.

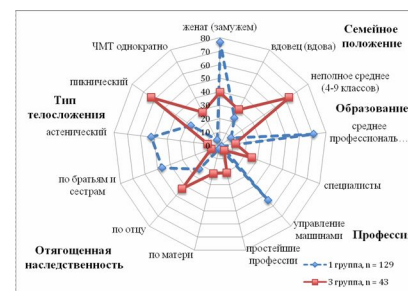
Диспансерное отделение тесно взаимодействовало с лабораторно-диагностическим блоком, который содержит экспериментально-психологическую, электрофизиологическую, клиническую и биохимическую лаборатории. В лабораторно-диагностическом блоке осуществлялось психодиагностическое тестирование, экспериментально-психологическое, физиологическое и биохимическое обследование, а также тестирование на наличие в биологических средах ПАВ. Мероприятия, проводимые специалистами данного комплекса, являлись ведущими на начальном этапе реабилитационно-профилактической программы.

Специалисты всех структурных подразделений диспансерного отделения участвовали в мероприятиях вторичной профилактики.

В качестве одного из основополагающих принципов, определяющих содержание и особенности специализированной помощи лицам позднего возраста с алкоголизмом, являлся принцип комплексного подхода полипрофессиональной бригадой специалистов не только в процессе диагностической квалификации наркологической патологии, но и в процессе РПП данному контингенту больных.

Важным направлением РПП является взаимодействие всех звеньев ЛРК, дающее возможность более обоснованно и эффективно использовать патогенетические терапевтические воздействия. На начальной стадии алкогольной зависимости успех достигается от применения в амбулаторных условиях психотерапевтического комплекса (ПТК), включающего в себя одномоментное или последовательное применение различных методов психотерапии; в ряде случаев целесообразно использование общеукрепляющих и седативных лечебных воздействий.

Принципы профилактической и реабилитационной помощи лицам позднего возраста с формирующейся или сформированной алкогольной зависимостью определялись с учетом, во-первых, клинико-психопатологических и дифференцированных клинико-динамических особенностей наркологической и сопутствующей соматической и психоневрологической патологии; во-вторых, факторов риска, участвующих в развитии алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста. Данные патогенные факторы выявлены на основании тщательного анализа типичных социально-демографических, медико-биологических факторов, индивидуально-личностных характеристик и психосоциальных вредностей, способствующих клиническому дебюту, психопатологическому оформлению, динамике и прогрессивности данного расстройства у мужчин и женщин позднего возраста, которые представлены в рисунках 23, 24.



Факторы риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин с первичным обращением за наркологической помощью
Рис. 23. После 60 лет

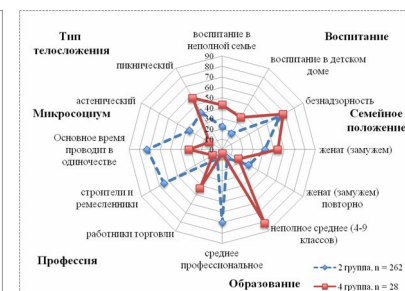


Рис. 24. До 60 лет

Все мероприятия, проводимые в функциональной структуре ЛРК, были направлены на вторичную и третичную профилактику наркологических расстройств у лиц позднего возраста и проводились с учетом представленных патогенных факторов риска формирования алкогольной зависимости у данной категории населения.

5.1.1. Вторичная профилактика алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

Врачи-наркологи, работающие как в амбулаторных, так и стационарных условиях, нацелены в основном на выявление алкогольной зависимости II и III стадии, а лица с начальными признаками алкогольной зависимости выпадают из поля зрения специалистов. Именно эта категория лиц позднего возраста, злоупотребляющих алкоголем без признаков зависимости или обнаруживающих начальные симптомы формирующейся алкогольной зависимости, является объектом для вторичной профилактики, которая может охватить наибольшее количество пациентов лишь в условиях специализированной амбулаторной помощи. Однако ограниченное время амбулаторного приема не позволяет проникнуть в психологию больного, оценить его семейное и социальное окружение, установить атмосферу «партнерства» в лечении. В основе оказываемой РПП больным наркологического профиля отработаны принципы преемственности, этапности, дифференцированного подхода в лечении и профилактике формирующейся алкогольной зависимости. Вместе с тем на результатах РПП сказывается частое отсутствие в наркологических диспансерах социальных работников и специалистов по социальной работе, а также организационно-консультативных кабинетов, которые бы могли изучать вопросы частоты, распространенности, причин и условий формирования алкогольной зависимости в разные возрастные периоды, осуществлять высококвалифицированную диагностическую и реабилитационно-профилактическую работу с данным контингентом больных.

Клиническая практика показывает, что в подавляющем большинстве случаев первичное обращение за наркологической помощью пациентов позднего возраста происходит на II или III стадии алкогольной зависимости и связано с различными вариантами проявления абстинентной симптоматики. Выявление алкогользависимых пациентов на более ранних стадиях заболевания практически не происходит по нескольким причинам.

Во-первых, ошибочное общественное убеждение о возможном количестве ежедневного употребления алкоголя и его влиянии на здоровье. Довольно распространенным является мнение о том, что ежедневное потребление алкоголя в дозе, не превышающей 100 мл 40 % алкоголя (1 литр пива), не оказывает негативного влияния на здоровье. Нередко приходится слышать утверждения о том, что в «небольших количествах» коньяк расширяет сосуды и снижает давление, водка «выводит радиацию, тяжелые металлы и другие токсины», красное вино

обладает благотворным влиянием на сердце и сосуды, препятствуя развитию атеросклероза. Таким образом, большинство пациентов, считающих, что потребление ими алкоголя не превышает общепринятых норм («я пью как все...», «только по праздникам...», «только в хорошей компании, под хорошую закуску...», «никто не видел меня пьяным...»), не связывают ухудшение своего психофизического состояния со злоупотребления алкоголем. Они чаще всего обращаются за помощью к врачам соматического профиля с жалобами на головные боли и головокружения, перепады артериального давления и перебои в работе сердца, нарушения в работе ЖКТ.

Во-вторых, отсутствует точный инструмент, позволяющий получить необходимую информацию о злоупотреблении алкоголем в позднем возрасте. Так, Schuckit (1977) настаивает на том, что точных данных по их количеству нет именно по этой причине. Критерии, которые обычно используются для идентификации лиц с алкогольной зависимостью, не практичны для работы с пожилыми, что в значительной степени вызвано физиологическими изменениями, связанными с процессом старения. Для лиц позднего возраста спутанность сознания, падения, эмоциональная лабильность и неблагоприятные лекарственные взаимодействия могут быть симптомами умеренного потребления алкоголя (Bienenfeld, 1987). R. J. Blake (1990) утверждает, что трудности, связанные с постановкой точного диагноза, более «фундаментальны, чем простое отсутствие инструментов, выявляющих характерные для лиц позднего возраста признаки алкоголизма».

Одной из проблем раннего выявления формирующегося алкоголизма у лиц позднего возраста являются установки или поведение членов их семей, которые определяются возникающим у них чувством стыда, желанием скрыть зависимость у близкого человека либо отгородиться от нее. Если лицо позднего возраста своим поведением не доставляет проблем родственникам, то они зачастую поощряют потребление им алкоголя. Brown (1982) пишет о том, что в обществе существует «относительно низкий уровень обеспокоенности» по вопросам алкоголизма позднего возраста. В связи с тем, что серьезность алкоголизма у больных позднего возраста часто недооценивается, его также называют «скрытым алкоголизмом».

Значительный вклад в распространенность алкогольной зависимости у лиц позднего возраста вносит выраженная анозогнозия у данного контингента населения. Сам по себе факт зависимости от алкоголя пациентами либо вообще отвергается, либо подвергается большому сомнению.

Большинство алкогользависимых утверждают, что в любой момент могут значительно сократить прием алкоголя или полностью отказаться от него. Такие больные имеют низкую мотивацию на получение наркологической помощи, а их обращение в специализированные учреждения в большинстве случаев связано с требованиями близких родственников, а также работодателей.

Разработка специализированных приемов, имеющих психогигиеническую и психопрофилактическую направленность, позволяет перенести центр тяжести в обслуживании лиц с формирующейся алкогольной зависимостью на внебольничное звено, предупредить дальнейшее формирование аддиктивного состояния, осуществить быструю и эффективную их ресоциализацию.

На основании вышесказанного была разработана программа мероприятий по вторичной профилактике алкогольной зависимости у лиц позднего возраста.

Вторичная и третичная профилактика алкогольной зависимости у лиц позднего возраста включает следующие мероприятия: раннее выявление патологии, своевременное и эффективное её лечение, предупреждение развития выраженных форм наркологических расстройств, предотвращение обострений и прогрессирования болезни, восстановление личностного и социального статусов пациента. Самым значимым мероприятием вторичной профилактики из перечисленных выше является раннее выявление признаков формирующегося алкоголизма. В основе ранней диагностики имели значение вовлеченность и охват лиц позднего возраста консультативно-профилактическим осмотром в условиях диспансерного отделения.

В основе программы вторичной профилактики лежит интегративный подход. Основными компонентами интегративной профилактической программы являются:

- предоставление информации о фактах влияния употребления алкоголя на организм, поведение, а также статистических данных о распространенности алкогольной зависимости;
- стратегия запугивания, вызывания страха, цель которой – предоставить устрашающую информацию, описывая негативные и опасные стороны употребления алкогольных напитков;
- предоставление информации об изменениях личности, наблюдающихся у людей, употребляющих алкоголь, и о проблемах, непосредственно с этим связанных во всех сферах жизнедеятельности;
- развитие мотивации на отказ от алкоголя, укрепление здоровья и здоровый образ жизни;

- формирование жизненных навыков разрешения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки;
- противостояние давлению употребить алкоголь и защита себя и других в ситуациях, связанных с возможным его употреблением;
- повышение самооценки;
- определение значимых личностных ценностей;
- развитие навыков распознавания и выражения эмоций;
- развитие навыков принятия решений;
- формирование способности справляться со стрессом и другими проблемными ситуациями;
- поиск и закрепление альтернативных форм поведения, направленных на удовлетворение гедонистических потребностей личности.

Для реализации программы вторичной профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста был внедрен разработанный алгоритм мероприятий, включающий несколько этапов. *Первый этап* – выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем либо находящихся на начальных стадиях зависимости. *Второй этап* – психокоррекционная работа с выявленными лицами, целью которой является повышение их мотивации на отказ либо сокращение количества употребляемого ими алкоголя. *Третий этап* – оценка результатов профилактических мероприятий с последующей их коррекцией.

На первом этапе по нашему мнению, выделение группы риска должно производиться в процессе скрингового тестирования лиц зрелого возраста, обращающихся за помощью в поликлинические и стационарные отделения терапевтического профиля, а также во время проведения профосмотров и плановых медицинских осмотров. Наиболее простым в этом отношении является тест CAGE, состоящий из 4 вопросов. Если тестируемый дает положительные ответы более чем на один вопрос, он должен быть направлен на консультацию к врачу психотерапевту либо клиническому психологу для более точной оценки его психического состояния.

На втором этапе осуществляется дальнейшая оценка психического состояния с выявлением симптомов зависимости от алкоголя, которая может быть проведена с помощью теста MAST-G, состоящего из 24 вопросов. Положительный ответ на 5 или более из них свидетельствует о наличии у пациента проблем, связанных с алкоголем.

После сообщения пациенту результатов тестирования врач предлагает пациенту включиться в программу вторичной профилактики алкогольной зависимости. Первые встречи с пациентами посвящены сеансам мотивационной психотерапии для потенцирования мотивов на отказ от употребления ПАВ и участие в профилактической программе.

В основе психолого-психотерапевтического комплекса лежат сеансы индивидуальной и групповой психотерапии с использованием техник нейролингвистического программирования (НЛП), когнитивно-поведенческой, гештальттерапии и гипноза. При проведении мотивационной психотерапии также используется «Журнал укрепления здоровья» (приложение 1), разработанный на курсе наркологии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (2011). Инструкция по использованию данного материала представлена в приложении 2.

Результатом амбулаторного наблюдения в течение года за 32 пациентами мужского и женского пола в возрасте 45 и более лет, злоупотребляющих алкоголем с вредными последствиями без признаков зависимости, которым применялось воздействие по программе вторичной профилактики алкоголизма с использованием техник мотивационного консультирования и трех психокоррекционных занятий на основании инструкции «Журнала укрепления здоровья», явилось: снижение употребления спиртных напитков у 23 больных до 1—2 стандартных доз в течение одного алкогольного эксцесса и употребление не более 7 стандартных доз алкоголя в неделю.

Таким образом, результаты психокоррекционной работы, проводимой с лицами с пагубным употреблением алкоголя по программе вторичной профилактики алкогольной зависимости у пациентов позднего возраста, позволяют добиться снижения потребления алкоголя (вплоть до полного отказа от него) либо приблизить пациента к осознанию проблем, связанных с наличием у него формирующейся алкогольной зависимости, с дальнейшим самостоятельным отказом от приема алкоголя либо обращением за наркологической помощью к специалистам.

5.1.2. Третичная профилактика алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

При диагностике алкогольной зависимости у лица позднего возраста и отсутствии терапевтического эффекта врач амбулаторного приема направляет больного в реабилитационное отделение, где удастся наиболее полно обеспечить комплексную помощь пациенту, провести лабораторное обследование. Помимо этого, пребывание больного в РО имеет ряд других преимуществ: выключает его из проблемной микросоциальной среды, обеспечивает преемственность между амбулаторной и стационарной службами ЛПК.

После прохождения курса реабилитации больные выписываются на поддерживающую психотерапию, включающую в себя комплекс мероприятий, направленных на закрепление адаптивного стереотипа поведения, установление новых социальных контактов, рациональное функционирование. Эту работу целесообразно осуществлять в тесном сотрудничестве с психологом и специалистом по социальной работе, которые могут принять активное участие в уточнении диагностики личности больного, в выполнении психотерапевтического воздействия и социальной помощи.

Одним из приоритетных направлений наркологической помощи в рамках модернизации здравоохранения является внедрение малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания реабилитационно-профилактической помощи зависимым от ПАВ. Накопленный опыт позволил создать эффективную ресурсосберегающую программу РПП, проводимую как в дневном стационаре, так и в амбулаторных условиях. Целью такой программы является коррекция психопатологических и психологических механизмов развития зависимости от ПАВ, включая алкогольную зависимость, с формированием мотивации на здоровый образ жизни и стабильной ресоциализации зависимых.

Учитывая, что в стационарные отделения госпитализировались пациенты, обнаруживающие выраженные признаки аддиктивных состояний, проявляющиеся в основном синдромом отмены, острой или рецидивирующей психотической симптоматикой, вызванные употреблением алкоголя и других ПАВ, реабилитационно-профилактическая помощь оказывалась в несколько этапов в амбулаторных или стационарных условиях. Структурной основой стационарных отделений являлись палаты интенсивной и базисной этиопатогенетической терапии больных наркологического профиля.

Первый этап лечения проводился в клинических наркологических отделениях и включал купирование острых явлений алкогольной интоксикации и абстиненции, нормализацию психического состояния (устранение нарушенного сна, аффективных расстройств, невротических и неврозоподобных состояний и др.), интенсивную терапию, устраняющую нарушения со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем, неврологические расстройства.

Второй этап, обязательный для каждого больного, предполагал активную противоалкогольную терапию, направленную на подавление болезненного влечения к алкоголю, выработку отвращения к спиртным напиткам и на их непереносимость, который осуществлялся как по программе амбулаторной, так и стационарной реабилитационно-профилактической помощи.

Одним из наиболее реальных путей повышения эффективности лечения больных алкоголизмом является развитие реабилитационного этапа, который лежит в основе третичной профилактики. Учитывая актуальность развития реабилитационного этапа в системе наркологической службы, Министерством здравоохранения Российской Федерации был издан приказ № 76 от 18.03.1997 г. «О наркологических реабилитационных центрах».

В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации от 17.09.2009 г. и планом мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией на 2012–2020 гг. (утвержденный распоряжением Правительства от 14 февраля 2012 г. № 202-р) в Челябинской области с 2012 г. начало функционировать 1 отделение (г. Магнитогорск) и готовятся к открытию еще 2 реабилитационных наркологических отделения.

Задачи деятельности реабилитационного центра (отделения) состоят в закреплении терапевтического успеха, достигнутого на предыдущих этапах РПП в наркологическом кабинете (отделении), и реинтеграции пациентов в общество.

Реабилитация больных алкоголизмом представляет собой систему мероприятий медицинского, психологического и социального характера, проводимых после возникновения заболевания, а также направленных на его профилактику. В реабилитации больных алкоголизмом выделяют медицинский, профессиональный и социальный этапы. На первом из них применяются общепринятые стандарты психофармакотерапии. На этапе профессиональной реабилитации в абсолютном большинстве случаев проводится не обучение новой профессии, не трудовая переориентация, а закрепление или сохранение прежнего профессионального статуса. Наконец, социальный этап реабилитации включает переориентацию в отношении традиций, обрядов и культурных ценностей.

В реабилитации больных алкоголизмом достигнуты определённые успехи, но эта проблема требует решения ещё многих задач организационного и методического порядка. Принятые в настоящее время рекомендации по вопросам медикаментозной, социальной и профессиональной реабилитации больных алкоголизмом ещё не вошли в повседневную практику наркологических учреждений. Не менее важны методологические подходы к реабилитационным программам и воплощение их в жизнь.

В основу оказания специализированной наркологической помощи в условиях ЛРК ЧОКНБ положена организационно-методологическая модель профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, которая представлена в таблице 51.

Т а б л и ц а 5 1

**Организационно-методологическая модель профилактики
алкогольной зависимости у лиц позднего возраста**

Цель	Вторичная и третичная профилактика зависимости у лиц позднего возраста
Принципы	- добровольное участие; прекращение принятия алкоголя; доверительность, партнерство и ответственность; системность и индивидуализация РПП; этапность; комплексность; включение в РПП основных значимых других лиц; позитивная направленность РПП; непрерывная поддержка пациентов
Мишени воздействия	- социально-демографические факторы риска - медико-биологические факторы риска - психосоциальные факторы риска - соматогенно-органическая основа
Направления системной работы	Организация реабилитационной (профилактической) среды; психофармакологический комплекс; лечебно-оздоровительный комплекс; психотерапевтический комплекс; социально-терапевтический комплекс; профилактический комплекс
Дифференцированные программы РПП	- для лиц, злоупотребляющих алкоголем, без признаков либо с начальными признаками зависимости - для лиц с поздним началом алкогольной зависимости - для лиц с ранним началом алкогольной зависимости
Этапы РПП	Профилактический (вторичная и третичная профилактика), этап базисной терапии, стабилизационный этап
Структура лечебно-реабилитационного комплекса	Диспансерное, стационарные, лабораторно-диагностический блок и реабилитационное наркологическое отделения
Взаимодействие специалистов	Психиатр-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник, инструкторы по трудотерапии и ЛФК

Модель профилактики алкоголизма у лиц позднего возраста определяется программой реабилитационно-профилактической помощи лицам с алкогольной зависимостью и включает в себя цель, принципы, мишени воздействия, направления системной работы, дифференцированные программы и этапы РПП.

Целью программы реабилитационно-профилактической помощи является отказ пациента от употребления ПАВ, вызвавшего зависимость, и восстановление (или формирование) возможного личностного, социального и семейного статуса пациента на основе изменения психологической установки личности и представления о себе, приобретения нового опыта продуктивного совладания с проблемными ситуациями, раскрытия и реализации его духовных, нравственных, эмоциональных, интеллектуальных и других потенциалов.

Для реализации поставленной цели были выдвинуты следующие задачи:

1. Формирование у пациента осознанной мотивации на активное включение в реабилитационно-профилактический процесс и последующее участие в нем.

2. Формирование у пациента осознанной мотивации (установки) на окончательный отказ от употребления спиртных напитков.

3. Проведение комплекса лечебных и психолого-психотерапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к алкоголю, предотвращение «срывов» и рецидивов болезни.

4. Санация соматоневрологического статуса больного, укрепление его здоровья на основе обучения навыкам здорового образа жизни.

5. Реорганизация жизненной среды, восстановление (формирование) системы позитивных семейных и средовых связей на основе работы как с самим зависимым, так и с его ближайшим окружением.

6. Достижение реальной жизненной перспективы (социально-бытовое самообеспечение) пациента на основе закрепления навыков систематической занятости, рационального отдыха, эффективной коммуникации и другое.

Принципы реабилитационно-профилактической помощи. Реабилитационная работа с наркологическими больными может быть успешной только в случае ее проведения на основе соблюдения ряда принципиальных положений в их совокупности и неразрывном единстве.

1. **Добровольное участие больного в реабилитационно-профилактических мероприятиях.** Данный принцип предполагает получение согласия лица с алкогольной зависимостью на участие в РПП.

2. **Прекращение приема спиртных напитков.** Данное положение являлось принципиально важным, определяющим прогноз реабилитационного процесса. При первичном мотивационном интервью формировалась установка пациента на полный отказ от алкоголя.

3. **Доступность реабилитационно-профилактической помощи.** Каждый пациент с алкогольной зависимостью должен иметь возможность, при отсутствии противопоказаний, участвовать в РПП.

4. **Доверительность, партнерство и ответственность.** В реабилитационном учреждении должны прилагаться усилия по созданию и поддержанию доверительных отношений с пациентами, атмосферы уважения, взаимопонимания и партнерства между реабилитантами и персоналом, основанной на максимальном взаимодействии, сотрудничестве, открытом диалоге. Такая реабилитационная атмосфера помогала поддерживать веру в выздоровление и реадaptацию.

5. **Системность, многообразие и индивидуализация реабилитационно-профилактических мероприятий.** Успешность РПП обеспечивалась применением разнообразных организационных моделей его. При выборе модели реабилитационной и профилактической работы максимально учитывались индивидуальные потребности и нужды, алкогользависимых. РПП строился на объединении и координации комплекса медицинских, психологических, социальных и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность РПП обеспечивалась согласованной работой команды (бригады) специалистов различного профиля.

6. **Этапность РПП.** Процесс реабилитации строился поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния конкретного пациента. Такая оценка базировалась на характеристиках психического, психологического, соматического и социального статусов больного. На основе оценки индивидуального реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями составлялась адекватная программа реабилитационно-профилактических мероприятий, которая последовательно осуществлялась на этапах РПП.

7. **Комплексность РПП.** В реабилитационно-профилактическом процессе применялось несколько основных направлений, включающих психофармакотерапевтический, психолого-психотерапевтический, лечебно-оздоровительный, социально-терапевтический и психопрофилактический комплексы.

8. **Включение в реабилитационно-профилактическую помощь основных значимых других лиц.** Эффективность РПП во многом определялась участием в реабилитационном процессе членов семьи и значимых других лиц (ЗДЛ) из ближайшего окружения. Предварительно производились консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ЗДЛ.

9. **Позитивная направленность комплекса реабилитационно-профилактических мероприятий.** В основе реабилитационно-профилактических мероприятий лежали позитивно-ориентированные воздействия (принятие, поддержка, поощрение), направленные на стойкую и длительную социальную адаптацию.

10. **Непрерывная поддержка пациента реабилитационного учреждения.**

Следует подчеркнуть, что лицу, злоупотребляющему алкоголем, оказывалась комплексная социально-психологическая и личностная поддержка на протяжении не только периода участия в РПП, но и после ее завершения.

Большое значение имел динамический подход в выборе методов РПП с учетом этиопатогенетических факторов и дифференциальных клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости у лиц позднего возраста. При разработке патогенетической терапии и реабилитационно-профилактической помощи выделялись мишени её приложения:

а) проведение комплекса лечебных, коррекционных и реабилитационных мероприятий с учетом социально-демографических, медико-биологических, психосоциальных факторов риска развития алкоголизма у лиц позднего возраста (изменение реактивности организма, работа с психогенными факторами микросоциального окружения, психокоррекция поведенческих расстройств и преморбидной психической патологии);

б) лечение соматогенно-органической основы – соматической патологии, последствий пре-, пери-, постнатального, травматического, токсического и инфекционно-органического поражения головного мозга.

Системная работа в реабилитационном отделении велась в нескольких основных направлениях, определяющих структуру программы РПП:

1. Организация реабилитационно-профилактической среды (ОРПС).
2. Психофармакологический комплекс (ПФК).
3. Лечебно-оздоровительный комплекс (ЛОК).
4. Психотерапевтический комплекс (ПТК).
5. Социально-терапевтический комплекс (СТК).
6. Профилактический комплекс (ПК).

Организация реабилитационной (профилактической) среды. Для осуществления РПП в условиях реабилитационного отделения ЧОКНБ создавалась реабилитационная (профилактическая) среда (далее – РС), при которой сам характер функционирования отделения оказывает психокоррекционное, психопрофилактическое воздействие. В основе работы единой РС лежали особые совместные процедурные моменты (ритуалы), которые включали: общие и групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации или их выпуска из реабилитационного учреждения. Создание реабилитационной (профилактической) среды начинается с максимального соблюдения гигиенических требований, что особенно важно в работе с больными позднего возраста: чистота помещений, использование одноразового белья, уютный интерьер, удобное расположение мебели. В теплое время года пациенты гуляют на свежем воздухе в прогулочных садах отделений или в больничном парке. Использовались различные формы режимных ограничений, поощрений и наказаний соответственно продвижению реабилитанта по этапам программной работы.

Функционирование РС было предельно структурировано с учетом распорядка дня, который максимально насыщен различными видами социально полезных активностей. Важную роль играли требования (в том числе иерархические) к внешнему виду пациентов, их одежде, атрибутике, используемой символике, оформлению спальных и реабилитационных помещений, особые формы обращения к пациентам, находящимся на различных этапах РПП и др.

Психофармакологический комплекс основан на проведении этиопатогенетической психофармакотерапии. С учетом психического статуса реабилитанта, по согласованию с ним, при наличии медицинских показаний назначались нейролептики, корректоры поведения, седативные препараты, антидепрессанты, антиконвульсанты, комплекс витаминов, ноотропы, адаптогены растительного происхождения и др.

Лечебно-оздоровительный комплекс. Лечебно-оздоровительные мероприятия направлены на санацию соматического и неврологического статусов пациентов, укрепление их здоровья. Для этого использовались нетрадиционные методы лечебного воздействия (транскраниальная электростимуляция, электромагнитное воздействие и другие физиотерапевтические процедуры); традиционные народные и современные методики и технологии психофизической разрядки, оздоровления и саморегуляции, телесно-ориентированная и медитативная терапия, их различные модификации.

Психотерапевтический комплекс. Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа была индивидуальной и групповой.

Индивидуальная психотерапия. К каждому пациенту прикреплен психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог, который проводил индивидуальные психотерапевтические сеансы, направленные на деактуализацию патологического влечения к алкоголю, предотвращение срывов и рецидивов болезни, редукцию или предупреждение психодезадаптационных состояний.

Групповая психотерапия. Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа осуществлялась как в рамках одной большой группы, включающей всех членов РО, так и в закрытых малых группах. Использовался широкий арсенал современных психотерапевтических техник (НЛП, гештальттерапия, когнитивно-поведенческая, арттерапия и др.). Проводимые психологом или психотерапевтом групповые занятия были направлены на интеграцию группы, выработку самоконтроля и самодисциплины, изменение представления о себе, приобретение нового опыта продуктивного преодоления социально-стрессовых ситуаций, возможное восстановление личностного, социального и семейного статусов, потенцирование мотивов активного участия в программах противорецидивного лечения.

Наряду с индивидуальной и групповой психотерапией значительное место в РПП занимали вечерний «анализ чувств», программа семейной терапии и группы само- и взаимопомощи.

Вечерний «анализ чувств» проводился в форме выражения итога приобретенного за день поведенческого и эмоционального опыта, который позволял формировать способность осознавать свои установки, чувства, поступки и адекватно их выражать.

Программа семейной терапии предназначена для работы с созависимыми (членами семьи или другими значимыми лицами пациентов, страдающих алкогольной зависимостью). Занятия проводились амбулаторно 1—4 раза в месяц в форме лекций, дискуссий, сеансов индивидуальной и групповой психотерапии. Целью программы являлось снижение напряженности и стресса в семье, обучение навыкам открытого общения, эффективного взаимодействия с зависимым, приобретение знаний и углубление понимания природы алкогольной зависимости. Для созависимых дается информация следующего рода: 1) о видах мотивации зависимого к отказу от алкоголя и других ПАВ и ее особенностях; 2) рассматриваются модели манипулятивного и партнерского общения с зависимым; 3) разбирается проблема ответственности зависимого за свое выздоровление; 4) анализируются попытки родственников взять ответственность за выздоровление зависимого на себя и их последствия; 5) отрабатываются навыки эффективного общения в ситуациях сложных коммуникаций.

Группа само- и взаимопомощи. Основной целью было оказание членами группы друг другу эмоциональной поддержки; создание нового стиля жизни и позитивной системы отношений.

Социально-терапевтический комплекс. На всем протяжении реабилитационно-профилактического процесса обеспечивалась постоянная занятость пациентов. Занятость достигалась с учетом требований режима реабилитационного учреждения через организацию: 1) максимально насыщенного графика ежедневных специализированных информационных и терапевтических занятий; 2) регулярных трудовых процессов; 3) включение в режим бытового самообслуживания; 4) содержательного досуга, культурно-развлекательных и спортивно-оздоровительных программ.

Трудовые процессы рассматриваются как социально-трудовой тренинг, направленный на выработку способности к регулярной занятости. Участие пациентов в РПП моделировало их функционирование в макросоциальной среде по выходу из реабилитационно-профилактической программы и обеспечивало усвоение необходимых социальных навыков.

Важная часть социально-терапевтического комплекса направлена на решение реальных жизненных проблем (жилищных, материальных проблем, юридическая помощь и т. д.), то есть социальная помощь за пределами реабилитационной структуры.

Психопрофилактический комплекс включал в себя широкий арсенал психотерапевтических техник и методик, направленных на предупреждение злоупотребления спиртными напитками и дальнейшее развитие алкоголизма, формирование ресурсов, позволяющих продуктивно совладать с психосоциальными неблагоприятными ситуациями. Важным разделом психотерапевтического воздействия являлся информационно-познавательный блок программы. Он состоял из лекций, семинаров, круглых столов, тематических фильмов, которые располагались во времени в особом порядке и проходили циклами, что позволяло вновь поступившим пациентам подключаться к процессу без потери смысловых взаимосвязей в информационном пространстве программы. В этом разделе пациенту предлагалась информация о действии ПАВ на организм; о биологических, психологических и социальных аспектах зависимости; принятие концепции болезни и понимание последствий, к которым приводит зависимость; о тех проблемах, которые ожидают пациента в период становления ремиссии и трезвого образа жизни; о возможных способах поддержания и сохранения трезвости; о формировании навыков принятия решения; социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни и др.

Этапы реабилитационно-профилактической программы. Учитывая клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, была разработана дифференцированная РПП, основанная на принципах поэтапного и индивидуального подхода с учетом динамики формирования аддиктивного состояния. При проведении программы РПП были выделены этапы, продолжительность которых определялась дифференциальной клинической динамикой наркологической патологии, результативностью реадaptации и ресоциализации. Зависимым оказывалась дифференцированная помощь на трех этапах РПП: I этап (5—9 дней) – купирование абстинентных и постабстинентных состояний; II этап (21—25 дней) – активное проведение психолого-психотерапевтических, лечебно-оздоровительных и психопрофилактических мероприятий. Первые два этапа осуществляются в амбулаторном или стационарном режиме. На III этапе (продолжительностью до 6 и более месяцев) в амбулаторных условиях проводится социотерапевтическая помощь.

Пациенты, поступающие в реабилитационное отделение, проходили три основных последовательных этапа ее реализации.

I этап – профилактический. Начальный этап «входа» в программу реализовывался в условиях диспансерного или стационарного клинического отделения. В течение первых 5—9 дней диагностировалась химическая зависимость и психофизическое состояние больных. Для лиц, злоупотребляющих спиртными напитками без признаков зависимости или с начальными признаками формирующейся зависимости, проводился комплекс мероприятий по вторичной профилактике алкоголизма. Пациенты, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, направлялись в отделение неотложной наркологической помощи для купирования острой наркологической симптоматики. Пациенты, поступающие в отделение, проходили индивидуальное общеклиническое и лабораторное обследование, тестирование, экспериментально-психологическое исследование и консультирование. На этом же этапе проводилось ознакомление пациента со структурой и режимом реабилитационного учреждения, принципами РПП по программе, индивидуальная работа со специалистами для потенцирования мотивов и психофизической установки на здоровый образ жизни и участие в РПП. Определялся оптимальный план реабилитационно-профилактических мероприятий на период участия в программе. В течение первой недели реализации программы завершались обследование, диагностика и постепенно вводились основные элементы РПП.

II этап – базисной терапии. Основной этап реабилитации. После обследования пациента и ознакомления его со структурой и режимом реабилитационного учреждения, принципами реабилитационно-профилактического процесса больной включался в основные элементы РПП. На этом этапе осуществлялась активная психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пациентами, направленная на преодоление у них психологических защитных механизмов, формирование критического отношения к своему заболеванию, коррекцию социально-демографических, психосоциальных и индивидуально-личностных особенностей, медико-биологической и соматогенно-органической основы, а также формировалась подсознательная программа здорового образа жизни. Пациенты максимально вовлекались в режим жизнедеятельности и структуру реабилитационного учреждения, усвоение всех его норм и правил. В полном объеме проводились различные формы групповой работы и социально-трудовой тренинг. Завершались мероприятия по существенному улучшению здоровья. В первую половину данного этапа установки и поведение реабилитантов существенно зависели от позитивного влияния группы, среды, терапевтического режима – в связи с чем максимально использовалась вся шкала поощрений, позитивных и негативных санкций.

Во второй половине данного этапа пациенты успешно функционировали в рамках РС, позитивно принимали коллективные и индивидуальные стандарты – поощрялась все большая их ответственность, активность и автономность в связи с достижением осмысления и усвоения программных установок и процедур.

III этап стабилизационный. Данный этап заключительный, этап выхода из программы. На этом этапе потенцировались результаты, достигнутые участниками на предыдущих этапах, вырабатывались навыки коммуникации, самоконтроля и самодисциплины, формировались и апробировались новые паттерны поведения в микросоциальной среде, семье, в проблемных ситуациях, закреплялись достигнутые результаты по восстановлению возможного личностного, социального и семейного статусов.

Успех реабилитационно-профилактического процесса зависел от квалифицированной и содружественной работы специально подготовленных специалистов: врачей психиатра-нарколога, психотерапевта, психологов, инструкторов по трудотерапии и ЛФК, специалистов по социальной работе. Причем бригада специалистов принимала участие в медико-социальной реабилитации на всех этапах РПП. Особенностью программы РПП являлось поэтапное подключение психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационно-профилактических мероприятий, значимых по степени психотерапевтического воздействия для пациента.

Особенности этапов реабилитационно-профилактической помощи. Кроме лечебной работы на третьем этапе РПП осуществляются социально-профилактические мероприятия: профилактика психотравмирующих ситуаций в быту, юридическая поддержка, решение вопросов трудоспособности и профессиональной пригодности, направление на медико-социальную экспертную комиссию, оказание помощи больным с амнестическими расстройствами и социально запущенным пациентам в восстановлении утраченных документов, консультативная помощь родственникам больных и пр.

Подобный акцент на развитии стационарной помощи в рамках ЛРК не случаен. Рост числа госпитализаций лиц позднего возраста с алкоголизмом обусловлен и известными социально-экономическими факторами последнего времени – обнищанием значительной части населения, дороговизной медикаментов и продуктов питания, трудностями для родственников, занятых профессиональным трудом и заботой о собственных детях, в осуществлении ухода за больными лицами позднего возраста.

Участие в РПП позволило выделить ряд проблем, определяющих специфику организации работы с лицами позднего возраста, страдающими алкогольной зависимостью: отягощенность большинства больных соматическими заболеваниями, нередко инвалидизирующими; трудности в подборе терапии, связанные с плохой переносимостью традиционных психотропных средств и часто возникающими энцефалопатическими расстройствами. Исходя из этого, основным принципом организации работы ЛРК является мультидисциплинарность, использование разносторонних подходов в построении реабилитационно-профилактической программы, учитывающей особенности психического состояния пациентов, их соматоневрологическую сферу, индивидуальные психологические факторы и социальные проблемы.

По мере накопления в населении доли пожилых пациентов проблема алкоголизма у лиц позднего возраста будет стоять всё острее, соответственно оптимизация лечебно-реабилитационной помощи данной субпопуляции в будущем станет одной из наиболее острых проблем медико-социальной практики в целом, поскольку здесь мы наблюдаем интеграцию как чисто медицинского аспекта вопроса, так и социальных компонентов.

Отсюда следует вывод о необходимости образования психиатров-наркологов в общих медицинских учреждениях, а также о важности непрерывного совершенствования методик и принципов лечебно-диагностической и реабилитационно-профилактической помощи лицам позднего возраста с формирующейся наркологической патологией.

5.2. Психофармакотерапия при алкогольной зависимости у лиц позднего возраста

Психофармакотерапия на первых двух этапах реабилитации имеет важное значение для коррекции психопатологической симптоматики зависимости и включает, наряду с дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией, препараты 5 основных групп: нейролептики/транквилизаторы (галоперидол, эглек, рисет, хлорпротексен, диазепам, атаракс, тиопридал, просульпин, тералиджен и др.); анксиолитики/антидепрессанты (афобазол, стрезам, тенотен, анафранил, феварин, пиразидол, иксел, гептрал, асентра и др.); антиконвульсанты/нормотимики (карбамазепин, финлепсин); активаторы кровообращения и метаболизма головного мозга/гепатопротекторы (инстенон, энцефабол, метадоксил, реминил, мексидол, мексиприм, гепамерц, гептор, ноопепт и др.); средства противорецидивной терапии (эспераль, дисульфирам, колме, вивитрол и др.).

Терапевтическая тактика в нашем исследовании строилась с учетом ряда принципов. Психотропные средства назначались осторожно, лишь при психотических состояниях и выраженных нарушениях поведения. Чтобы избежать нежелательного взаимодействия лекарств, предпочтение отдается монотерапии. Лечение начинается с минимальных доз, и необходимый терапевтический эффект достигается, как правило, на дозах, не превышающих средние. Это не исключает, впрочем, использование методов интенсивной терапии, инфузионных вливаний.

Психофармакотерапия строилась с учетом дифференциальных клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости у лиц позднего возраста. При алкогольной зависимости с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет, при отсутствии выраженных когнитивных нарушений и относительно низкой отягощенности соматоневрологической патологией для купирования различных клинических проявлений абстинентной симптоматики наиболее эффективной оказалась интенсивная купирующая психофармакотерапия, основанная на сочетанном применении невысоких доз транквилизаторов/малых нейролептиков, анксиолитиков/антидепрессантов и нормотимиков. Наиболее адекватный режим титрования доз для тетрациклических антидепрессантов составляет 100—200 мг/сут (азафен, людимиол, преимущественно парентеральный способ введения), для СИОЗС — 40—60 мг/сут на терапии флуоксетином, 100—200 мг/сут на терапии флувоксамином. Из транквилизаторов наилучшую переносимость показал мезапам, назначаемый в дозе от 10 до 20 мг в сутки и малый нейролептик тералиджен в дозе 10—40 мг/сут.

В работе также активно использовались афобазол и стрезам, анксиолитическое действие которых реализовалось в течение первых 3—10 дней терапии. При этом уменьшалась выраженность не только ситуационно провоцированных тревожных опасений и сомнений, но и генерализованной тревоги.

При абстинентной симптоматике с обсессивно-фобическими включениями показана щадящая терапия, направленная в большей степени на коррекцию соматовегетативных и аффективных нарушений, в меньшей мере — на купирование собственно тревожно-фобических проявлений. Психофармакологическая методика строилась на сочетанном применении невысоких доз производных бензодиазепа (или антидепрессантов с анксиолитической активностью) и нейролептиков узкого спектра действия. Учитывая достаточно высокий риск развития побочных эффектов (как на терапии высокими дозами антидепрессантов, так при использовании нейролептиков), наиболее эффективными оказываются анксиолитики (высокопотенциальные производные бензодиазе-

пина – алпрозолам, клоназепам в дозах 2—5 мг/сут, диазепам/седуксен 5—15 мг/сут.) и нейролептиков узкого спектра действия (эглонил/эглек 150—400 мг/сут, тералиджен 10—40 мг/сут). Эффективны препараты, обладающие метаболическим и одновременно антиоксидантным, седативным и другим действием (мексидол/мексиприм или метадоксил в среднетерапевтических дозах в течение 10 дней парентерально, а затем перорально).

При синдроме отмены и коморбидных аффективных расстройствах основной акцент делался на подтипах данных нарушений. При наличии тревожного компонента основной акцент в психофармакологических схемах делался на анксиолитиках (феназепам по 1—4 мг в сутки, стрезам 50—100 мг/сут), в сочетании с использованием СИОЗС (флувоксамин 50—100 мг/сут или серталин по 50 мг в сутки). При инициальных когнитивных расстройствах не применялись трициклические антидепрессанты. Наиболее высокую эффективность показали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – циталопрам, флуоксетин и тразодон/триттико, которые не вызывали антихолинергических реакций, состояний седации и спутанности. Однако при их использовании иногда отмечались гастроинтестинальные расстройства, головные боли, жажда, бессонница. При данных нарушениях препаратом выбора явился пиразидол, назначаемый в средней суточной дозе 50—100 мг. Уже на 3—5-е сутки лечения отмечалась редукция депрессивной симптоматики, а в целом стабилизация эмоционального состояния наступала к 7—10-м суткам терапии. Пациенты становились живее, активнее, более охотно вступали в контакт, начинали интересоваться окружающими событиями, позитивно реагировали на посещение родственниками.

Для лечения аффективной симптоматики в сочетании с когнитивными расстройствами помимо антидепрессантов применялись препараты, предназначенные для лечения собственно когнитивных нарушений, также имеющие определенные антидепрессивные свойства, т. е. средства, используемые для преодоления глутаматергического нейротрансмиссионного дисбаланса (акатинол мемантин), препараты с нейротропными свойствами (церебролизин) и реминил.

Акатинол мемантин назначался в суточной дозе 10—20 мг. Повышали дозу постепенно: в первые 3 дня назначали 5 мг препарата утром, в течение следующих 5 дней по 10 мг также утром, а на протяжении остального периода лечения по 10 мг 2 раза в день, в утреннее и дневное время. Продолжительность курса терапии составляла не менее 2—3 месяцев.

Церебролизин назначали в дозе 20—50 мг/сут. Препарат разводили в 100—150 мл физиологического раствора и вводили внутривенно капельно, продолжительность курса 20 процедур. Церебролизин также оказывал воздействие на различные нейротрансмиссионные системы благодаря своим мультимодальным свойствам – нейротрофическому эффекту, способствующему замедлению дегенеративного процесса, регуляторному влиянию на метаболизм нейронов, обусловленному наличием в нем пептидов и его комплексным составом, и нейропротекторному действию на нейроны центральной нервной системы. Реминил назначался в дозе 4—8 мг в сутки как в виде монотерапии, так и в сочетании с акатинолом.

Лечение аффективных расстройств с алкогольной энцефалопатией затруднено рядом факторов. Коморбидные соматические заболевания в позднем возрасте значительно ограничивают возможности лечения и алкогольных, и аффективных расстройств как за счет изменения толерантности к препаратам, так и в силу проблемной комплаентности, обусловленного нарастающими интеллектуально-мнестическими расстройствами. При лечении этих пациентов основной терапевтической мишенью, помимо аффективной симптоматики, было влечение к алкоголю, наиболее высокую эффективность показали антиконвульсанты (карбамазепин/финлепсин от 0,1 до 0,6 мг в сутки). Данный препарат был предпочтительней в ретардированных формах в аналогичных дозах.

Психофармакотерапия при алкогольной зависимости с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, когда в клинике синдрома отмены начинают преобладать психопатоподобные расстройства, алкогольное заострение или деградация личности выбор препаратов и дозировок психофармакологических схем определялся как текущей клинической картиной психических нарушений, так и коморбидными соматоневрологическими заболеваниями. При наличии поведенческих расстройств в структуре алкогольной зависимости препаратами выбора были антипсихотики. Высокую клиническую эффективность показали этаперазин и рисперидон/рисполепт. Этаперазин назначали в дозе 4—12 мг/сут (по 4 мг 1—3 раза в день). В течение последующих 7 дней дозу повышали до 24 мг/сут (по 12 мг 2 раза в день) не более чем до 50 мг/сут. Рисперидон/рисполепт назначался в дозах до 3 мг в сутки, причем наиболее отчетливый клинический эффект отмечен при применении в каплях. При наличии тревожного компонента в структуре личностных расстройств эффективным оказалось сочетание эглонила в дозе 50—100 мг в сутки с тразодоном (триттико) 50—150 мг в сутки.

При расстройствах личности, включающих определенный уровень тревожности, мы назначали афобазол по 10—30 мг в сутки или тера-лиджен 10—40 мг/сут. Клиническое исследование показало, что воздействие препаратов на симптомы, амплифицированные личностными расстройствами, проявляются быстрой компенсацией психастенической и сенситивной симптоматики. При возбудимых расстройствах личности было оправдано назначение монотерапии карбамазепином (финлепсином) как в виде обычной, так и ретардированной формы в дозе 200—600 мг в сутки. Отмечалась быстрая редукция (уже к 7-му дню) дистимических и дисфорических аффективных расстройств, к концу 2-й недели происходило выраженное снижение интенсивности и чувственной окраски агрессивных проявлений.

Следует отметить, что психофармакологическое лечение алкогольных расстройств личности является наиболее сложным в клинической наркологии. Недостаточная критика к своему психическому состоянию, деформация социальных установок, дефицит комплаентности не позволяли проводить необходимый объем психофармакологических вмешательств, особенно при наличии паранойяльной симптоматики.

Наиболее частым и тяжелым исходом злоупотребления алкоголем является алкогольный делирий. Значительный процент пациентов отделения экстренной и неотложной наркологии ЧОКНБ составляют больные тяжелым алкогольным делирием, при котором имеется высокая вероятность летального исхода (до 21 %). Угрожающий жизни тяжелый алкогольный делирий с развитием осложнений со стороны головного мозга и внутренних органов можно рассматривать как критическое состояние с формированием полиорганной недостаточности (энцефалопатии, дыхательной, сердечно-сосудистой, печеночной, почечной, кишечной). Одним из пусковых моментов и ведущим синдромом полиорганной недостаточности является кишечная недостаточность, развивающаяся при отсутствии естественного потребления пищи. Питание является одним из важнейших факторов, предопределяющих трофический гомеостаз организма как здорового, так и больного человека, и его нарушения приводят к различным структурно-функциональным изменениям в организме и, как следствие, к нарушениям метаболизма, гомеостаза и его адаптационных резервов. Имеется прямая корреляционная связь между трофической обеспеченностью больных и их летальностью.

Трофический дефицит при алкоголизме многогранен: длительное воздействие этанола на желудочно-кишечный тракт приводит к дегенеративно-воспалительным процессам с последующим подавлением важнейших функций пищеварения: всасывания, барьерной, эндокрин-

ной, детоксикационной. Алкогольные делирии сопровождаются алиментарной недостаточностью и гиповитаминозами. Восстановление и нормализация функционирования ЖКТ – важное звено терапии тяжелого алкогольного делирия, профилактики осложнений и снижения летальности.

Под наблюдением находилось 56 пациентов мужского пола, средний возраст 64,5 года, госпитализированных в ЧОКНБ с диагнозом тяжелый алкогольный делирий, в 28 (50 %) случаях – осложненный нарастающим помрачением сознания, в 12 (21,4 %) – эпилептиформными состояниями, в 16 (28,6 %) – поражением сердечно-сосудистой системы.

В зависимости от способа лечения больные разделены на 2 группы: в 1-й группе (29 человек – 51,8 %) наряду с медикаментозным купированием ААС (нейролептики, транквилизаторы, витамины, нейрометаболиты, ненаркотические анальгетики) в ранние сроки начиналась нутритивная поддержка – после проведения пробы на всасывание по стандартизированному протоколу проведения нутритивной поддержки в поливалентном отделении реанимации: 1-е сутки 500 мл смеси «Нутриэн-стандарт» капельно со скоростью 30—50 мл/час в назогастральный зонд, 2-е сутки 1000 мл смеси «Нутриэн-стандарт» капельно со скоростью 30—50 мл/час в назогастральный зонд, 3-е сутки 1500 мл смеси «Нутриэн-стандарт» капельно со скоростью 30—50 мл/час в назогастральный зонд или *per os*, 4-е сутки 2000 мл смеси «Нутриэн-стандарт» капельно со скоростью 30—50 мл/час в назогастральный зонд или *per os*, 5-е сутки 2500 мл смеси «Нутриэн-стандарт» капельно со скоростью 30—50 мл/час в назогастральный зонд или *per os*. Зонд удалялся по мере восстановления адекватного глотательного рефлекса без поперхивания. 2-я группа (27 человек – 48,2 %) получала традиционное лечение, больничную пищу и питье пациенты получали по мере восстановления самостоятельной способности питаться.

У пациентов, получавших дополнительное энтеральное питание, процесс купирования тяжелого алкогольного делирия занимал 5—7 суток. Следует подчеркнуть, что адекватный ответ на нейролептики, и особенно бензодиазепины, достигался при применении меньших доз. Ни у одного больного не наблюдалось таких грозных осложнений тяжелого алкогольного делирия, как пневмонии, судорожные припадки, гипертермия, пролежни. Тяжесть делирия оставалась в рамках помрачения сознания. По выходу из психоза наблюдалась транзиторная энцефалопатия. Реабилитационный курс лечения составлял не более 14 дней.

У пациентов с традиционным лечением наблюдались резистентность к медикаментозной терапии, извращенные реакции на нейролептики и бензодиазепины, у 22 (81,5 %) больных развились соматические заболевания: пневмония (54,8 %), гепаторенальный синдром (29,4 %), трофические осложнения – пролежни (69,4 %), выход из тяжелого алкогольного делирия через полинейроэнцефалопатию (гипостезии, атаксия, бульбарные расстройства), зачастую с формированием мнестических расстройств (78 %). Один больной умер от отека головного мозга. Период реабилитации затягивался до 28 дней.

Полученные данные свидетельствуют, что нутритивная поддержка у больных алкоголизмом с тяжелым алкогольным делирием позволяет сократить сроки лечения, предупредить развитие полиорганной недостаточности, уменьшить частоту инфекционных осложнений, оптимизировать схемы использования табельных нейролептиков и бензодиазепинов, сократить сроки стационарной реабилитации, уменьшить затраты на лечение.

5.3. Влияние психотерапии на эффективность противоалкогольного лечения у лиц позднего возраста

Современные врачи психиатр-нарколог, психотерапевт, клинический психолог, социолог и другие участники реабилитационного процесса, проводимого по отношению к больному с алкогольной зависимостью позднего возраста, должны осознавать высокую степень ответственности за судьбу и психическое здоровье пациентов, широкий диапазон личностных свойств и индивидуальных различий каждого из своих подопечных при осуществлении индивидуального или группового психотерапевтического воздействия. Миф о единообразии психотерапевтических приемов уходит в прошлое, и на смену ему формируется убеждение в творческом характере взаимодействия больного и его терапевта. Понимание закономерностей групповой динамики составляет необходимое условие в управлении лечебной ситуацией.

Необходимым условием в управлении терапевтическим процессом является понимание закономерностей групповой динамики: исцеление достигается, как правило, на путях совместного решения общей проблемы: бригада специалистов помогает пациенту в течение минимального (1- или 2-месячного) курса интенсивного психотерапевтического воздействия сформировать определенную установку на отказ от употребления алкоголя в будущем, преодолеть фрустрирующие ситуации, выработать и апробировать новые паттерны поведения в проблемных ситуациях.

Пациента учат разрешать индивидуально непереносимые психогении, снять последствия неблагоприятных жизненных «кризисов», привести к стимуляции внутренних личностных ресурсов. Для закрепления достигнутых результатов предполагалась пролонгированная реабилитационная курация пациентов сроком до 6 месяцев, с возможным продлением в подразделениях того же ЛРК.

В связи с низкой эффективностью терапии алкоголизма с помощью традиционных методов и способов (условно-рефлекторная терапия, детоксикация, аверсивная терапия) лидирующую позицию начинает занимать система опосредованной психотерапии (Овчинников А. А., 2008; Шакуров Ф. З., 2010).

В данном контексте использование ресурсных техник нейролингвистического программирования в терапии алкоголизма для изменения иррациональных убеждений и субъективной негативной оценки в иерархии ценностей личности на оптимально позитивные с целью создания полноценной, максимально устойчивой мотивации к лечению и достижения эффективности в противоалкогольной терапии представляется эффективным способом.

Психотерапия с использованием техник НЛП проводилась после купирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и редукции патологического влечения к алкоголю.

Как уже отмечалось ранее, первые встречи с пациентами посвящены сеансам мотивационной психотерапии для потенцирования мотивов на участие в реабилитации и отказ от употребления спиртных напитков. В основе мотивационного консультирования лежал комплексный психолого-психотерапевтический подход с использованием техник НЛП, в основе которых лежит высокоструктурированная обратная связь для стимулирования мотивации больного и привлечение его собственных ресурсов к изменению поведения. Во время первичных контактов с пациентом проводилось от одного до нескольких сеансов мотивационного консультирования, направленных на активное вовлечение самого пациента в разработку перспективного плана реабилитации и ресоциализации. При проведении мотивационного консультирования работа строилась с «жизненными линиями» пациента. При этом собиралась тестовая информация, целью которой являлось показать «нынешнее состояние», возможное «негативное» и вызвать желаемое «позитивное состояние». Для достижения позитивного результата пациент должен знать, в чем состоит его цель, притом не в словесном смысле, а в смысле личного опыта, чтобы он был в состоянии оценить свое продвижение к желаемой цели.

Так как при аддиктивных расстройствах страдают 4 сферы жизнедеятельности: физическое и душевное здоровье; сфера семьи и близкого окружения; сфера занятости и круг общения, то и сбор информации осуществлялся с учетом этих факторов. В последующем на основе работы с «образами» на «жизненных линиях» создавались картины нынешнего, негативного возможного и желаемого позитивного состояния. После первых 2—3 сеансов мотивирующего воздействия более 80,0 % больных высказывали установку на последующее участие в РПП.

На этапе базисной терапии в зависимости от алгоритма проведения психотерапии и личностных особенностей пациентов нами были выделены 4 терапевтические группы. Эффективность лечения в данных группах оценивалась по длительности воздержания от алкоголя, частоте актуализации патологического влечения к алкоголю, по уровню реабилитационного потенциала пациента и социально-трудовой и семейной адаптации.

Первую группу составили пациенты с преобладанием психастенических черт характера. Во вторую группу вошли лица с преобладанием истерических и возбудимых характерологических особенностей. К третьей группе были отнесены пациенты с астеническими и синтонными характерологическими особенностями. В четвертую группу вошли пациенты с преобладанием шизоидных и эпилептоидных характерологических особенностей.

Дифференцированное применение методик и техник НЛП в зависимости от личностных особенностей больных алкоголизмом представлено в таблице 52.

Учитывая результаты исследований Л. Ю. Эпова (2004) о резистентности пациентов с неустойчивой и психастенической особенностью характера к поведенческой и клиент-центрированной мотивационной терапии, изменчивую положительную динамику уровня мотивации к лечению и обострение ПВА, использовались техники НЛП, усиливающие мотивацию к лечению по В. Макдональд (1994), и техника изменения места ценностей в иерархии по Х. Бремер и Х. Конгсбах (2003) и терапевтические метафоры.

После создания устойчивой мотивации применялись лечебные интегративные методики НЛП, позволяющие изменить негативные (субъективные) убеждения больного на объективные оптимально полезные. Для формирования стойкой терапевтической ремиссии и компенсации патологических личностных особенностей применялись техника иерархии критериев Р. Дилтса (2001) и техника создания неотразимого будущего Л. Камерон – Р. Бендлер (2001).

Таблица 52
Применение техник НЛП в зависимости от личностных особенностей
больных алкогольной зависимостью

Ради- кал	Используемые методики и техники НЛП	Мишени воздействия техник НЛП
Психастенический	Техника создания мотивации. Техника изменения места ценностей в иерархии. Техника создания неотразимого будущего. Техника иерархии критериев Р. Дилтса	Создание мотивации на излечение. Создание и мобилизация волевых качеств. Трансформация неэкологических убеждений. Оптимизация психоэмоциональных состояний. Возвращение адекватной самооценки. Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)
Истерический и возбудимый	Техника «Шоколад леди Годива». Техника создания неотразимого будущего. Техника анализа экологичности убеждения Техника «Шестишаговый рефрейминг»	Создание мотивации на излечение. Стимулирование поиска пациентом положительных способов решения главной проблемы жизни. Создание качеств, необходимых для устранения аффективных нарушений. Трансформация неэкологических убеждений. Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)
Астенический и синтонный	Техника создания мотивации. Метод расфиксирования идей Ф. Франча. Техника «Шестишаговый рефрейминг»	Создание мотивации на излечение. Максимальная мобилизация мыслительного процесса. Отделение НЗ-поведения от контекста здорового поведения. Трансформация неэкологических убеждений. Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)
Шизоидный и эпилептоидный	Техника изменения места ценностей в иерархии. Техника изменения убеждений. Техника взмаха Р. Бендлера	Создание мотивации на излечение. Воздействие на идеаторную сферу больного. Обучение пациентов испытывать положительные ощущения без помощи алкоголя. Трансформация неэкологических убеждений. Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)

В терапевтической группе больным с истерическими и возбудимыми чертами характера, учитывая их наибольшую восприимчивость к директивному стилю, психотерапевтический контакт целесообразно устанавливать на уровне ассоциативного мышления. Основой для их мотивационной психотерапии на всех этапах являлась конструктивная (личностно-ориентированная) психотерапия, техника экологичности убеждения (2003) и техника «Шестишаговый рефрейминг» (2002). Для усиления мотивации к лечению и стимулирования поиска у пациента положительных способов решения главной жизненной проблемы успешно применялась техника создания устойчивой мотивации по К. Андреас, С. Андреас «Шоколад леди Годива» (2005). Для изменения негативных убеждений больного на позитивные пациентам данной группы применялась техника создания неотразимого будущего Л. Камерон – Р. Бендлер (2001).

У больных с астеническими и синтонными преморбидными особенностями личности психотерапевтический контакт достигался на уровне чувств безусловным принятием инструкций (Роджерс К., 1997) и с использованием методов питающей поддержки (Пезешкиан Н., 2003). На втором этапе психотерапевтическое воздействие направлялось на максимальную мобилизацию мыслительного процесса, что в свою очередь приводило к изменению алкогольного поведения. Для усиления мотивации к лечению у этих пациентов использовалась техника создания мотиваций по В. Макдональд (1994). У данных больных изменять негативные убеждения на позитивные позволял метод расфигуривания идей Ф. Франча (2003) и техника НЛП «Шестишаговый рефрейминг» (2002).

С лицами, обнаруживающими шизоидные и epileптоидные черты характера, психотерапевтический контакт налаживался на уровне сознательного принятия ими рационального поведения. Изменения в сфере эмоций у указанной группы пациентов успешно достигались воздействием на ассоциативную сферу и обучением этих пациентов испытывать положительные ощущения без помощи спиртных напитков. Для формирования психотерапевтического устойчивого результата лицам с epileптоидными чертами характера проводилась длительная амбулаторная курация с постоянной эмоциональной поддержкой. Клиент-центрированная мотивационная психотерапия являлась психотерапией первого выбора у пациентов с шизоидными и epileптоидными психологическими особенностями на всех этапах. Для усиления мотивации к лечению успешно применялась техника изменения места ценностей в иерархии по Х. Бремер и Х. Конгсбах (2003) (приложение 5), техника изменения убеждений Р. Бендлера (1994) и техника «Взмаха» Р. Бендлера («Искусство Мастера НЛП», 1996).

Следует отметить, что группа мотивационных методик и техник НЛП, применяемая при лечении алкогользависимых пациентов, позволила добиться у них устойчивой мотивации к лечению. Использование группы методик и техник НЛП позволило добиться изменения ограничивающих (субъективных) убеждений больного на объективные, оптимально полезные – для оптимизации новых способов решения проблемных ситуаций.

Полученные данные показали, что пациентам с неустойчивыми и психастеническими личностными особенностями целесообразно применять методики, призванные создать и мобилизовать волевые качества у данной категории больных, оптимизировать их психоэмоциональное состояние, вернуть им адекватную самооценку.

У больных с истерическими и возбудимыми личностными особенностями эффективны техники, направленные на создание у них качеств, необходимых для устранения аффективных нарушений, и методики, стимулирующие поиск самим пациентом положительных способов решения проблемы. Техники, имеющие своей целью максимально мобилизовать ассоциативный процесс для отделения аддиктивного от контекста здорового поведения, использовались при работе с больными, обнаруживающими астенические и синтонные личностные особенности. Для пациентов с шизоидными и epileптоидными типами личностных особенностей актуальны методики максимального воздействия на их мыслительную сферу с целью сознательного обучения этих больных испытывать позитивные эмоции без помощи алкоголя. Психотерапевтические методики, создающие мотивацию на здоровый образ жизни, изменяющие неэкологичные убеждения и направленные на переоценку и оптимизацию собственных жизненных установок и поведения, эффективны для всех пациентов, независимо от преморбидных личностных особенностей.

Динамическое наблюдение в течение 3 лет за 109 мужчинами (44 и 65 пациентов в 1-й и 2-й подгруппах) и 39 женщинами (23 и 16 пациентов в 3-й и 4-й подгруппах) позднего возраста с алкогольной зависимостью, которые участвовали в программе третичной профилактики, позволило установить длительность клинической ремиссии от 1,5 до 2 лет у 65,9 % мужчин с поздним первичным обращением за наркологической помощью, у 60,9 % женщин с идентичным вариантом клинической динамики заболевания, у 50,8 % мужчин с ранним первичным обращением за наркологической помощью и у 43,8 % женщин с соответствующей патологией. Об эффективности программы РПП свидетельствовали продолжительность периода дезактуализации эмоционального компонента аддиктивного поведения, синдрома ПВА, оптимальное восстановление семейных отношений, социально-бытового функционирования и длительность ремиссий.

Таким образом, к основным научно-организационным принципам оказания РПП мужчинам и женщинам позднего возраста с алкогольной зависимостью, осуществляемую в условиях лечебно-реабилитационного комплекса наркологического учреждения, относятся динамическая, дифференцированная и этапная система взаимосвязанных мер и воздействий, с учетом возраста клинической манифестации зависимости и первичного обращения за наркологической помощью, факторов риска формирования, клинико-психопатологических и динамических особенностей патологии. Мотивационное консультирование позволяет сократить сроки РПП, инициировать больных к продолжению изменения своего поведения, научиться получать столь же значимые эмоциональные состояния без использования химических веществ.

Проведенное клинико-эпидемиологическое исследование показало, что на фоне снижения общего количества диспансерных больных алкоголизмом количество лиц позднего возраста (60 лет и старше), страдающих алкогольной зависимостью, прогрессивно увеличивается. На фоне снижения динамических показателей общего числа лиц с клинически верифицированными алкогольными психозами отмечается рост абсолютных и относительных показателей данных расстройств у больных позднего возраста.

Сравнительный анализ распространенности госпитализированных мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью за 2006 и 2012 гг. показал, что в 2006 г. соотношение мужчин и женщин было равным (7,7:1), а именно 199 мужчин (88,4 %) и 26 женщин (11,6%). К 2012 г. это соотношение изменилось до 5,3:1, а именно 395 мужчин (84,0 %) и 75 женщин (16,0 %). В то же время женщины позднего возраста достоверно чаще в течение года госпитализируются повторно (77,5 и 67,8 %; $p<0,05$). Полученные данные косвенно свидетельствуют о наметившейся тенденции роста показателей болезненности алкогольной зависимостью не только среди мужчин, но и среди женщин позднего возраста.

Для определения социально-демографических признаков алкоголизма у мужчин и женщин старше 60 лет анализу подверглись такие показатели, как состав семьи и тип воспитания больных в детстве, распределение больных по возрасту, уровню образования, семейному положению, профессиональному и социальному статусам, источнику средств существования.

Исследование социально-демографического статуса по группам исследования показало, что возраст основного контингента больных обоих полов, страдающих алкогольной зависимостью, соответствует интервалу от 60 до 64 лет и у четвертой части пациентов – от 65 до 74 лет. Мужчины старше 75 лет достоверно чаще, чем женщины, проходили стационарное лечение.

Большинство лиц мужского и женского пола в детстве воспитывались в полных семьях (65,3 и 60,6 %), девочки чаще воспитывались в гармоничных семьях (54,9 и 44,0 %), а мальчики – в условиях гипопеки (7,7 и 8,5 %) или безнадзорности (48,3 и 36,6 %; $p<0,05$). Образовательный уровень пациентов характеризовался тем, что лица со средним профессиональным образованием достоверно преобладали среди мужчин (0,3 и 8,5 %; $p<0,01$). Часть больных мужского пола достоверно чаще женщин имели высшее профессиональное образование (9,0 и 4,2 %) и достоверно реже среди них встречались лица с неполным (4–9 классов) средним (9,7 и 70,4 %; $p<0,01$) и законченным средним (4,1

и 15,5 %; $p<0,05$) образованием. Семейное положение мужчин в преморбиде было более благоприятное и стабильное и в меньшей степени, чем у женщин, способствовало формированию алкогольной зависимости. Большинство пациентов обоих полов на момент обследования проживали в семьях (78,6 и 60,6 %). Часть мужчин достоверно чаще женщин были разведены (10,0 и 5,6 %; $p<0,05$), а женщины были вдовы (23,9 и 11,5 %; $p<0,05$). Причем женщины достоверно чаще проживали с лицами, злоупотребляющими спиртными напитками. Профессиональная деятельность в преморбиде характеризуется тем, что для мужчин типичны виды профессий, связанные с тяжелыми или экстремальными условиями труда: строители и ремесленники (44,8 и 9,9 %; $p<0,05$), управление машинами (26,6 и 2,8 %; $p<0,05$) или военнослужащие (6,6 и 0 %; $p<0,05$). Женщины достоверно чаще являлись специалистами в сфере обслуживания (18,3 и 1,3 %), техническими служащими (25,4 и 1,3 %; $p<0,05$), работниками торговли (21,1 и 7,1 %; $p<0,05$) или занимались простейшим трудом (15,5 и 3,3 %; $p<0,05$). Основным источником средств существования независимо от пола для данного контингента больных являлась пенсия по возрасту (81,6 и 73,2 %) или пособие по инвалидности (4,1 и 4,2 %). Женщины чаще, чем мужчины, продолжали трудовую деятельность (22,6 и 11,5 %; $p<0,05$).

Медико-биологические характеристики, участвующие в формировании и динамике алкоголизма у лиц позднего возраста, у данного контингента больных включали распределение по типу телесной конституции, наследственной отягощенности наркологической патологией, сопутствующим соматоневрологическим расстройствам и перенесенным черепно-мозговым травмам в преморбиде. Анализ медики-биологических характеристик больных показал, что группой риска для формирования алкоголизма у мужчин позднего возраста являются в основном лица, у которых отмечаются астенический (41,4 %), реже – пикнический (36,3 %) тип телесной конституции, наследственная отягощенность алкогольной зависимостью по линии отца (25,5 %) или у близких родственников (23,3 %).

Особое внимание у данной категории пациентов следует уделять профилактике заболеваний сердечно-сосудистой (50,0 %), дыхательной (35,9 %), пищеварительной (22,6 %) систем или сочетанной патологии (43,9 %). К группе риска формирования алкоголизма позднего возраста среди женщин относятся лица пикнического (60,6 %), реже – астенического (11,2 %) телосложения, у которых по линии отца (38,0 %), матери (21,2 %) или по нескольким линиям (25,3 %) наблюдается злоупотребление алкоголем. Для предупреждения у них сопутствующей соматоневрологической патологии вектор мероприятий необходимо направить на профилактику болезней нервной системы (61,1 %) и органического (травматического) поражения головного мозга (31,0 %).

Коморбидная психическая патология у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью отличалась нозологической специфичностью и вносила определенный вклад в развитие, клинко-психопатологическое оформление, течение и прогноз алкогольной болезни. Коморбидными с алкоголизмом у мужчин позднего возраста являлись органические психические и поведенческие расстройства (ОППР) (34,3 и 21,0 %; $p < 0,05$); тогда как у женщин – аффективные (28,2 и 23,3 %) и невротические (28,2 и 20,5 %) расстройства.

Среди ОППР для мужчин типичной соболезненной патологией являются органическое астеническое расстройство (20,9 %) и органический психосиндром (24,0 %), а для женщин – депрессивные (26,7 %) и тревожные (20,0 %) расстройства органической природы. Среди аффективных расстройств у больных обоих полов с одинаковой частотой встречались коморбидные легкие депрессивные эпизоды (45,1 и 40,0 %) и дистимии (15,4 и 15,0 %), для мужчин достоверны тяжелые депрессивные эпизоды непсихотического уровня (18,6 и 10,0 %), а для женщин – депрессивные эпизоды средней тяжести (35,0 и 20,9 %). Характерными соболезненными невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (НССР) у мужчин с алкоголизмом являются реакции на острый стресс (17,5 и 5,0 %) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (17,5 и 5,0 %); тогда как у женщин – генерализованное тревожное (30,0 и 17,5 %) и смешанное тревожно-депрессивное (35,0 и 23,8 %) расстройства. У одной десятой части пациентов обоих полов алкогольную зависимость сопровождали расстройства зрелой личности, которые у мужчин достоверно чаще определялись диссоциальным (17,5 и 0 %) и эмоционально неустойчивым (42,5 и 25,0 %) типами. У женщин, наряду с тревожным и зависимым, встречались истерический (25,0 и 5,0 %) и ананкастный (25,0 и 10,0 %) личностные радикалы.

Анализ распространения соболезненной психической патологии у мужчин и женщин с алкогольной зависимостью с поздним (после 60 лет) и ранним (до 60 лет) обращением за наркологической помощью показал, что для мужчин с поздним обращением за помощью наиболее характерны коморбидные ОППР (32,6 и 20,9 %), а для женщин – аффективная патология (27,9 и 17,8 %). С одинаковой частотой наблюдались невротические расстройства (24,0 и 25,6 %). Для мужчин с ранним обращением за наркологической помощью типичны соболезненные ОППР (35,1 и 21,4 %), а для больных женского пола – НССР (32,2 и 18,7 %). У одной четвертой части мужчин и женщин с ранним обращением имели место аффективные расстройства и у одной десятой пациентов всех групп – расстройства зрелой личности.

Для выделения причин алкоголизации анализировалось влияние неблагоприятных психосоциальных факторов (смерть близких; стрессы, связанные с семейными отношениями, со здоровьем, с финансами; влияние пьющего окружения, судебно-следственные ситуации и другие длительные неприятности), которые могли способствовать формированию алкоголизма позднего возраста.

Изучение влияния негативных жизненных событий в формировании алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста свидетельствует, что для мужчин позднего возраста социально-психологические стрессогенные факторы достоверно реже являлись поводом для злоупотребления алкоголем (64,2 и 97,2 %), что подтверждается данными изучения алкоголизма позднего возраста у женщин, проведенного А. Ю. Егоровым (2007).

Сравнительный анализ отдельных неблагоприятных жизненных событий позволил выделить негативные психосоциальные факторы, участвующие в формировании алкоголизма у лиц мужского и женского пола. В порядке значимости патогенными факторами риска формирования алкогольной зависимости для группы больных мужского пола в сравнении с женщинами относятся следующие: правонарушения и судебно-следственные разбирательства (58,3 и 23,9 %; $p < 0,05$), безделье (25,8 и 0 %; $p < 0,05$), недостаточная самореализация (14,3 и 0 %; $p < 0,05$), семейные конфликты и разводы (7,7 и 4,2 %; $p < 0,05$), недостаток финансов (6,1 и 0 %; $p < 0,05$). Для женщин значимыми мотивами для злоупотребления алкоголем являлись: чувство одиночества (53,5 и 1,6 %; $p < 0,05$), хронические стрессы, связанные со смертью близких, здоровьем, с супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты (26,8 и 4,9 %; $p < 0,05$), влиянием пьющего окружения (мужей, сожителей) (9,9 и 3,8 %; $p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют, что основными патогенными психосоциальными факторами формирования алкогольной зависимости у мужчин позднего возраста являются: правонарушения и судебно-следственные разбирательства, недостаточная самореализация, семейные конфликты и разводы, а также недостаток финансов, тогда как для женщин мотивами для злоупотребления алкоголем являлись: хронические стрессы, связанные со смертью близких, здоровьем, с супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты, влиянием пьющего окружения (мужей, сожителей) или одиночество. Большинство мужчин предпочитали проводить время в одиночестве, нередко употребляя спиртные напитки, тогда как лица женского пола основное время проводили в кругу семьи, родственников или друзей.

Женщины в силу социально-психологических установок в обществе склонны соотносить свое алкогольное поведение с влиянием тяжелых жизненных обстоятельств, так как стремятся оправдать себя перед окружающими, поэтому факторами, препятствующими злоупотреблению алкоголем, у них служат: сильное чувство вины (62,0 и 36,3 %) и ответственность перед работодателем (26,8 и 19,7 %), а у мужчин позднего возраста – озабоченность своим здоровьем (44,0 и 11,2 %).

При изучении клиники и динамики алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста определены показатели распространенности алкоголизма по степени выраженности, прогрессивности и разнообразию клинических проявлений заболевания. Распределение больных алкоголизмом у лиц позднего возраста по степени выраженности заболевания представлено следующими клиническими проявлениями заболевания: у 83,6 % мужчин и 94,4 % женщин диагностировался алкоголизм II стадии (F10.3), с алкоголизмом III стадии (F10.4; F10.5) мужчины госпитализировались достоверно чаще женщин (16,6 и 5,6 %; $p < 0,05$).

Основной контингент больных в обеих группах проходил лечение с клиникой синдрома отмены без психотической симптоматики (F10.3) (65,0 % мужчин и 66,2 % женщин) и синдрома отмены с делирием (F10.4) (30,5 % мужчин и 25,3 % женщин). Причем у мужчин достоверно чаще отмечались абстинентные состояния, осложненные судорожными припадками и другой психопатологической симптоматикой (F10.31, F10.39) (4,6 и 1,4 %; $p < 0,05$), и психотические формы синдрома отмены (F10.41– F10.48) (9,0 и 1,4 %; $p < 0,05$). Психотические расстройства, возникающие во время или после приема спиртных напитков в течение от 48 часов до 2 недель, достоверно чаще отмечались у больных женского пола в сравнении с мужчинами (5,7 и 1,5 %; $p < 0,05$). Частота встречаемости амнестической симптоматики (F10.6) и алкогольной деменции (F10.73) не имела достоверных различий по группам исследования (2,5 % мужчин и 2,8 % женщин).

Клинико-динамический анализ формирования алкогольной зависимости позволил сравнить степень прогрессивности патологии. У мужчин достоверно чаще наблюдалась средняя – 7–15 лет (52,2 и 35,2 %; $p < 0,05$) и малая – свыше 15 лет (22,8 и 5,6 %; $p < 0,05$) динамика формирования алкоголизма. Тогда как у больных женского пола преобладала высокая – до 7 лет (59,2 и 25,0 %; $p < 0,05$) прогрессивность болезней.

Анализ гендерных показателей различных форм злоупотребления алкоголем свидетельствует о том, что псевдозапойная форма алкоголизации наблюдалась у 40,4 % мужчин и у 36,6 % женщин позднего возраста. Для больных мужского пола были более типичны истинные запои (16,2 и 5,6 %; $p < 0,05$), тогда как для женщин – постоянное потребление на фоне низкой толерантности (40,8 и 28,6 %; $p < 0,05$).

Не являлись типичными для мужчин или женщин позднего возраста такие формы злоупотребления алкоголем, как перемежающееся (8,7 и 7,0 %) и постоянное потребление на фоне средней толерантности (6,1 и 9,9 %).

Возрастная динамика формирования зависимости у мужчин и женщин позднего возраста характеризуется следующими гендерными клинико-динамическими особенностями. Для мужчин позднего возраста в сравнении с женщинами позднего возраста характерно раннее приобщение к спиртным напиткам (в среднем $16,1 \pm 2,3$ и $18,7 \pm 2,9$ года) и более раннее начало злоупотребления алкоголем (в среднем $32,0 \pm 12,7$ и $36,3 \pm 10,0$ года).

Потеря количественного контроля и формирование синдрома отмены у больных мужского пола ($37,6 \pm 10,7$ и $38,7 \pm 11,2$ года) отмечались также в более раннем возрасте, чем у женщин ($41,9 \pm 8,5$ и $43,1 \pm 9,3$ года). Анализ возрастных показателей различных форм злоупотребления алкоголем свидетельствует о том, что псевдозапойная форма алкоголизации у 40,4 % мужчин и у 36,6 % женщин позднего возраста наблюдалась в одинаковом возрасте (в среднем $44,5 \pm 11,0$ и $44,7 \pm 8,2$ года). Причем у больных женского пола после формирования синдрома отмены в течение года появлялись псевдозапойные формы потребления алкоголя. Как пациенты мужского, так и женского пола в среднем к 60 годам впервые обращались за помощью к специалистам.

Изучение отдельных симптомов алкогольной зависимости и их соотношение с клинико-динамическими особенностями позволило установить, что алкогольная зависимость позднего возраста у мужчин начинает формироваться на 4–5 лет раньше, чем у женщин, однако для последних характерна высокая прогрессивность заболевания. Псевдозапойное пьянство является доминирующим в исследуемых группах (40,4 и 36,6 %).

Предпочтительными спиртными напитками независимо от пола являются крепкие (55,5 и 53,5 %), однако часть женщин достоверно чаще прибегала к слабым спиртным напиткам. Субъективными причинами алкоголизации у мужчин и женщин (24,0 и 14,3 %; $p < 0,05$) служили негативные переживания (79,3 и 87,3 %). Гедонистическая мотивация наблюдалась лишь у десятой части исследуемых. Толерантность к алкоголю в $\frac{3}{4}$ случаев у мужчин снижалась, тогда как у женщин нарастала (31,0 %) или оставалась неизменной (31,0 %). Защитные реакции на алкоголь у пациентов обеих групп были утрачены (71,4 и 66,2 %) или снижены (16,6 и 11,3 %). Атипичное опьянение в виде сонливости наблюдается у трети мужчин и женщин.

Характерным только для лиц мужского пола явилось опьянение с кратковременной эйфорией, сменяющееся дисфорией (20,9 и 9,9 %; $p < 0,05$) или расторможенностью (18,7 и 9,9 %; $p < 0,05$), а для лиц женского пола – атипичное депрессивное (16,9 и 11,8 %; $p < 0,05$) или истерическое с самоповреждениями и суицидальными попытками (18,3 и 3,6 %; $p < 0,05$). Амнестические формы опьянения достоверно чаще наблюдались у женщин, чем у мужчин (74,6 и 59,1 %; $p < 0,05$). Патологическое влечение к алкоголю с утратой количественного и ситуационного контроля типично для 2/3 пациентов мужского и женского пола.

Изучение алкогольных психозов у мужчин и женщин позднего возраста позволило выявить ряд клинко-психопатологических особенностей. Среди всех алкогольных психозов для мужчин позднего возраста типичен алкогольный делирий (86,8 %), вторые позиции занимают алкогольные амнестические расстройства (7,3 %).

Для женщин, наряду с алкогольным делирием (75,0 %) и амнестическими расстройствами (8,4 %), специфичен алкогольный вербальный галлюциноз (16,6 %; $p < 0,05$). Клинические формы алкогольного делирия у половины мужчин и женщин позднего возраста определяются классическим делирием. Типичными для больных мужского пола являются мусситирующий (15,1 и 11,1 %; $p < 0,05$), люцидный (11,8 и 5,6 %; $p < 0,05$) и делирий с судорожными припадками (8,4 и 0 %; $p < 0,05$), а для лиц женского пола – профессиональный (27,7 и 10,1 %; $p < 0,05$). У женщин позднего возраста по мере прогрессирования алкоголизма происходит утяжеление клинической картины в направлении от делириев к галлюцинозам и амнестическим расстройствам, тогда как у мужчин – от пролонгированных делириев к грубоорганическим состояниям (амнестические расстройства, деменции). Более половины женщин (62,5 %) достоверно чаще госпитализировались 2 раза и более. У 46,6 % пациенток данной группы отмечались пролонгированное течение алкогольного психоза и ремиссии менее 6 месяцев.

Для больных мужского пола типичны первичные госпитализации (65,6 %) и ремиссии более 12 месяцев (65,9 %). Для лиц мужского пола характерны алкогольные психозы, эпизодически протекающие (однократные), ограничивающиеся синдромом острых и экзогенных типов реакций (59,8 %), затяжные эндоформные (6,5 %) или с развитием грубоорганических состояний (8,8 %). Тогда как для больных женского пола – приступообразно протекающие, сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакции (37,5 %) или развитием грубоорганических состояний (8,3 %).

Выявленные клинко-психопатологические особенности алкогольных психозов у мужчин и женщин позднего возраста необходимо учитывать с целью улучшения диагностики, прогнозирования их течения и применения дифференцированных методов терапии.

Дифференциальный подход к диагностике, клинике и динамике алкоголизма позднего возраста показал, что в мужской и женской группах у части пациентов клиническая манифестация алкогольной зависимости и первое обращение к наркологу отмечались после 60 лет, другая часть больных проходила противоалкогольное лечение ранее 60 лет. С учетом данного критерия в каждой гендерной группе выделено по 2 подгруппы наблюдения. Лица с алкогольной зависимостью с поздним (после 60 лет) первичным обращением к наркологу: 1-я подгруппа – мужчины, средний возраст $65,7 \pm 6,25$ года ($n=129$) и 3-я подгруппа – женщины, средний возраст $65,0 \pm 4,29$ года ($n=43$); лица с алкогольной зависимостью с ранним (до 60 лет) первичным обращением к наркологу: 2-я подгруппа – мужчины, средний возраст $65,4 \pm 5,03$ года ($n=262$), 4-я подгруппа – женщины, средний возраст $65,0 \pm 3,96$ года ($n=28$).

Анализ клинко-динамических показателей в 1-й и 2-й подгруппах у мужчин свидетельствует, что алкоголизация в обеих подгруппах началась после 16 лет. Однако больные 1-й подгруппы начали злоупотреблять спиртными напитками после 46 лет, в начале шестого десятилетия у них был сформирован синдром отмены с потерей количественного контроля и лишь после 55 лет появились псевдозапой, а в начале седьмого десятилетия они впервые обратились к специалисту. Пациенты 2-й подгруппы начали злоупотреблять алкоголем в конце третьего десятилетия лет, в середине четвертого десятилетия потеряли количественный контроль и у них появились признаки физической зависимости, а в возрасте после 40 лет пьянство у них приняло псевдозапойный характер, во второй половине пятого десятилетия они впервые попали в поле зрения нарколога. Пациенты 3-й и 4-й женских подгрупп впервые употребили спиртное после исполнения совершеннолетия – в 19 лет.

Больные 3-й подгруппы начали злоупотреблять алкоголем в начале пятого десятилетия, после 45 лет у них был сформирован синдром отмены с потерей количественного контроля. В 50-летнем возрасте злоупотребление алкоголем приняло у них псевдозапойный характер, а в середине седьмого десятилетия они впервые обратились к наркологу. Для женщин 4-й подгруппы типичны начало злоупотребления спиртными напитками после 30 лет, быстрое формирование синдрома отмены с потерей количественного контроля и псевдозапойной формой алкоголизации в начале пятого десятилетия, а в первые годы пенсионного периода (после 55 лет) они впервые проходили противоалкогольное лечение.

При сравнительном анализе динамических показателей формирования алкогольной зависимости в 1-й и 3-й идентичных подгруппах установлено, что мужчины на 2,5 года раньше женщин впервые попробовали спиртные напитки, на 5 лет позже у них сформировались признаки физической зависимости, на 5 лет раньше они обратились к наркологу для лечения. Отличительными особенностями для мужчин 2-й подгруппы по сравнению с женщинами 4-й подгруппы являлись более раннее начало алкоголизации, формирование всех признаков алкогольной зависимости на 4—5 лет раньше, чем у женщин. Однако в одно и то же время, т. е. в начале пятого десятка, у пациентов обеих подгрупп сформировалось псевдозапойное пьянство, но женщины на 10 лет позже впервые проходили лечение.

Для изучения синдрома отмены у мужчин и женщин с алкоголизмом с поздним и ранним обращением за первичной наркологической помощью использовалась шкала клинической оценки алкогольного синдрома отмены (CIWA-Ar).

Для страдающих алкогольной зависимостью мужчин с поздним первичным обращением за помощью были характерны легкий или умеренный тремор рук, редко встречающаяся легкая пароксизмальная потливость, тактильные нарушения в виде жжения, покалывания, онемения пальцев рук и ног, редко встречающиеся легкие слуховые нарушения в виде гиперacusии, визуальные нарушения в виде плохой переносимости яркого света, легкая и умеренная головная боль, нарушения ориентировки во времени на 2—3 календарных дня. На 3-й день госпитализации у пациентов данной группы наиболее часто наблюдалась легкая или значительно реже умеренная абстинентная симптоматика.

У мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с ранним первичным обращением за помощью наблюдались легкое или умеренно выраженное состояние отмены, проявляющееся отсутствием тошноты и рвоты, легким и умеренным тремором конечностей, легкая пароксизмальная потливость, легкая или умеренная тревожность, отсутствие ажитации, редко встречающиеся и маловыраженные тактильные, слуховые или визуальные нарушения, легкая головная боль и нарушения ориентировки во времени на 1—3 календарных дня.

Для женщин, страдающих алкогольной зависимостью, с поздним обращением за помощью характерно умеренно выраженное состояние отмены, проявляющееся легкой тошнотой без рвоты, умеренным тремором, легкой пароксизмальной потливостью, умеренной и легкой тревожностью, ажитацией в виде повышенной двигательной активности, легкими тактильными, слуховыми и визуальными нарушениями, умеренной головной болью, дезориентировкой в дате на 2 календарных дня.

Для женщин с ранним первичным обращением за наркологической помощью на 3-й день госпитализации характерны тошнота с позывами на рвоту или легкая тошнота без рвоты, умеренно выраженный тремор конечностей, легкая пароксизмальная потливость, умеренная или выраженная тревожность, умеренная суетливость, легкие тактильные и слуховые нарушения, отсутствие визуальных нарушений, умеренная и выраженная головная боль, редко встречающаяся дезориентировка во времени. Данные симптомы соответствовали умеренно выраженному и выраженному состоянию отмены.

Изучение патологического влечения к алкоголю позволило выявить отличительные гендерные особенности по группам исследования. У страдающих алкоголизмом мужчин с поздним первичным обращением к специалисту синдром ПВА проявлялся эпизодически возникающими мыслями о спиртном, сниженным настроением, озабоченностью бытовыми проблемами, неустойчивостью аппетита и гиперактивностью. Тогда как у женщин с алкогольной зависимостью с поздним первичным обращением синдром ПВА проявлялся навязчивыми мыслями о спиртном, пассивностью, озабоченностью различными бытовыми вопросами, слезливостью при обсуждении психотравмирующих ситуаций, повышенной раздражительностью, редко возникающими алкогольными сновидениями, сниженным аппетитом и стремлением к сокращению сроков госпитализации. Максимальные значения синдрома патологического влечения к алкоголю наблюдались по шкалам «дисфория», «изменение аппетита», «поведенческий компонент». Для мужчин с алкоголизмом с ранним первичным обращением к наркологу типичными проявлениями синдрома ПВА являлись периодически возникающие мысли о спиртном, необщительность, бездеятельность, неуверенность в собственных силах, ворчливость, редкие алкогольные сновидения, а также неустойчивость аппетита.

У женщин с алкогольной зависимостью с ранним первичным обращением синдром ПВА был выражен сильнее, чем в других группах, и проявлялся сниженной критикой к своему состоянию, частыми мыслями о спиртном, бездеятельностью, вялостью, неопределенностью планов на будущее, слезливостью, раздражительностью, яркими алкогольными сновидениями, сниженным аппетитом, а также стремлением к выписке и уклонением от лечения. У страдающих алкогольной зависимостью мужчин с ранним обращением за помощью патологическое влечение к алкоголю было более выражено, чем у мужчин в позднем возрасте, впервые обратившихся за помощью после 60 лет.

Исследование индивидуального своеобразия личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью позднего возраста с помощью теста акцентуаций свойств темперамента показало, что общими личностными особенностями, типичными как для мужчин 1-й подгруппы, так и для женщин 3-й подгруппы, были социальная пассивность и сенситивность. Для мужчин в сравнении с женщинами были характерны гипертимность (44,2 и 7 %; $p < 0,05$) и энергичность (42,6 и 32,5 %; $p < 0,05$). У женщин в сравнении с мужчинами чаще встречались такие личностные особенности, как гипотимность (37,2 и 21,7 %; $p < 0,05$), социальная пассивность (67,4 и 54,3 %; $p < 0,05$), нейротизм (67,5 и 4,6 %; $p < 0,05$), реалистичность (27,9 и 14,0 %; $p < 0,05$), социальная приспособленность (25,6 и 3,1 %; $p < 0,05$), ригидность (62,8 и 27,9 %; $p < 0,05$).

Общими личностными характеристиками для мужчин и женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, были социальная пассивность и сенситивность. У мужчин 2-й подгруппы в сравнении с женщинами 4-й подгруппы чаще наблюдались такие личностные особенности, как гипотимность (76,0 и 32,2 %; $p < 0,05$), пассивность (35,9 и 17,9 %; $p < 0,05$), нейротизм (50,0 и 42,9 %; $p < 0,05$), робость (60,0 и 32,1 %; $p < 0,05$) и агрессивность (52,3 и 14,3 %; $p < 0,05$). У женщин 4-й подгруппы в сравнении с мужчинами 2-й подгруппы чаще выявлялись такие личностные особенности, как гипертимность (21,4 и 4,5 %; $p < 0,05$), энергичность (57,1 и 9,9 %; $p < 0,05$), эмоциональная стабильность (25 и 43,5 %; $p < 0,05$), ригидность (10,7 и 5,7 %; $p < 0,05$).

Для выделения патогенных механизмов формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста с поздним и ранним первичным обращением за наркологической помощью был проведен гендерный анализ типичных социально-демографических, медико-биологических и психосоциальных факторов по подгруппам исследования.

К общим социально-демографическим характеристикам мужчин и женщин с алкоголизмом с поздним обращением за помощью относились: в преморбиде воспитание и проживание в формальных или деструктивных семьях или в одиночестве. Для мужчин в преморбиде типичны сохраненные семейные отношения, низкий образовательный ценз, профессии водителей или работников сельского хозяйства и основной источник существования – пенсия. Для женщин в преморбиде характерны отсутствие или повторные браки, неполное или среднее образование, простейшие специальности или работа квалифицированными специалистами, техническими служащими или работниками торговли и продолжение активной трудовой деятельности в пенсионный период.

Типичными медико-биологическими факторами, участвующими в развитии алкогольной зависимости у мужчин с поздним обращением за наркологической помощью, являются отягощенная алкоголизмом наследственность по линии братьев и сестер, преморбидные соматогенные воздействия вследствие болезней органов дыхания, кровообращения, пищеварения, многократных ЧМТ или сочетанной патологии и астенический тип телесной конституции. У женщин такими факторами являются отягощенная наследственность наркологической патологией по линии родителей, пикнический тип телосложения и травматическое поражение головного мозга у части пациентов.

На формирование алкогольной зависимости у мужчин с ранним обращением к специалистам оказывают влияние такие социально-демографические факторы, как безнадзорность, семейные конфликты, следствием которых являются повторные (либо многократные) браки, полное отсутствие брачных отношений в течение жизни, среднее профессиональное образование, род профессий, связанных со строительством, ремеслом и управлением механизмами. Для женщин с ранним обращением за наркологической помощью значимы такие социально-демографические факторы, как воспитание в неполной семье или детском доме, безнадзорность, вдовство или конфликтные отношения в браке (со страхом одиночества), неполное среднее образование и низкоквалифицированный труд.

Наибольшее влияние на формирование алкоголизма у мужчин позднего возраста с ранним обращением за наркологической помощью оказывали такие медико-биологические вредности, как отягощенная алкоголизмом наследственность по линии братьев и сестер, соматическая патология в виде болезней органов кровообращения и пищеварения, сочетанное поражение этих систем, а также астенический тип конституции. У женщин такими факторами явились отягощенная наследственность по линии родителей, а также по нескольким линиям, болезни органов дыхания и пикнический тип телосложения.

К типичным психосоциальным факторам, участвующим в формировании алкогольной зависимости у мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет, относятся: скука и тоска от безделья (48,8 и 0 %; $p < 0,05$), недостаток реализации в связи с выходом на пенсию (29,5 и 4,7 %; $p < 0,05$), семейные конфликты (12,4 и 2,3 %; $p < 0,05$), финансовые проблемы (6,2 и 0 %; $p < 0,05$), а также негативное психоэмоциональное состояние, связанное с совершенными правонарушениями и судебными разбирательствами (23,3 и 4,7 %; $p < 0,05$). У женщин такими факторами являются: чувство одиночества (72,1 и 3,1 %; $p < 0,05$), смерть близких (16,3 и 6,2 %; $p < 0,05$) и влияние употребляющего алкоголь окружения (37,2 и 6,2 %; $p < 0,05$).

Психосоциальными вредностями, участвующими в формировании алкоголизма у мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, являются: скука и тоска от безделья (14,5 и 0 %; $p < 0,05$), недостаток реализации в связи с выходом на пенсию (6,9 и 0 %; $p < 0,05$), финансовые проблемы (6,1 и 0 %; $p < 0,05$), а также негативное психоэмоциональное состояние, связанное с совершенными правонарушениями и судебно-следственными разбирательствами (75,6 и 53,6 %; $p < 0,05$). У женщин такими факторами являются: чувство одиночества (25,0 и 0,8 %; $p < 0,05$), смерть близких (42,9 и 4,2 %; $p < 0,05$), влияние употребляющего алкоголь окружения (60,7 и 2,7 %; $p < 0,05$).

Таким образом, негативные переживания являются основной причиной алкоголизации для мужчин с ранним обращением за помощью и женщин с поздним обращением за помощью и в меньшей степени – для мужчин с поздним обращением к специалистам и женщин с ранним противоалкогольным лечением. Типичными для мужчин с поздним первичным обращением к специалистам в отличие от женщин с аналогичной патологией являются гедонистическая мотивация и в силу привычек и обычаев. Для трети женщин с ранним обращением за помощью гедонистическая мотивация также определяется ведущей.

Наиболее веской причиной снижения или прекращения потребления алкоголя у женщин позднего возраста с поздним и ранним обращением за помощью служит чувство вины и страх осуждения близкими родственниками, в то время как для мужчин этот фактор является сдерживающим в значительно меньшем числе случаев. Для мужчин с алкоголизмом с поздним и ранним обращением за помощью сокращение потребления алкоголя достоверно чаще связано с ухудшением состояния здоровья. Для четверти мужчин с ранним первичным обращением за помощью ответственность перед работодателем является причиной для отказа от алкоголя.

Исходя из вышеизложенных данных, можно сделать вывод о том, что для женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет наиболее веской причиной снижения или прекращения потребления алкоголя может стать чувство вины и страх осуждения близкими родственниками, в то время как для мужчин этот фактор является сдерживающим в значительно меньшем числе случаев. Для мужчин с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет сокращение потребления алкоголя достоверно чаще связано с ухудшением состояния здоровья. Для четверти мужчин 2-й подгруппы ответственность перед работодателем является причиной для отказа от алкоголя.

Для выявления общих закономерностей по уровню окислительной модификации белков у лиц с алкоголизмом позднего возраста был произведен статистический анализ исследованных параметров

Выявлено, что при алкоголизме у лиц позднего возраста происходит активация окислительной модификации белков, которая имеет гендерные различия, проявляющиеся накоплением различных продуктов окислительной модификации белка, а также различной зависимостью между длительностью заболевания и интенсивностью окислительной деструкции белков, что указывает на качественные различия патохимических показателей изучаемых процессов у мужчин и женщин.

При исследовании особенностей обмена серотонина при различных вариантах клинической динамики зависимости у мужчин и женщин позднего возраста выявлено, что алкоголизм у лиц позднего возраста с ранним первичным обращением за наркологической помощью, в отличие от алкоголизма у лиц позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью после 60 лет, сопровождается снижением содержания уровня серотонина крови.

При алкогольной зависимости у лиц позднего возраста снижается активность тромбоцитарной моноаминоксидазы, причем снижение более выражено при алкоголизме с ранним обращением и не имеет существенных половых различий. Изменения активности моноаминоксидазы у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, сопровождаются увеличением трибулиновой активности мочи, которая имеет прямую зависимость от уровня тревоги и ажитации у женщин, но не у мужчин.

При исследовании взаимосвязей между нейроэндокринной дисфункцией и свободнорадикальным окислением при алкоголизме позднего возраста выявлено, что дисфункция гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (ГГАС) у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, проявляется снижением уровня кортизола в крови. Наиболее выраженное снижение уровня кортизола выявлено в подгруппе мужчин с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, а наименее выраженное – в соответствующей подгруппе женщин. Выявленная дисфункция ГГАС может быть одной из причин оксидативного стресса у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью.

Вышеизложенные теоретические, клинко-психопатологические и клинко-динамические данные свидетельствуют о сложности и неоднозначности проблемы выявления, лечения и профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, которая обусловлена комплексом патогенных социально-демографических, медико-биологических и пси-

хосоциальных факторов и ассоциированными с данной патологией, как психическими, так и соматическими и неврологическими нарушениями.

Для ранней диагностики формирующейся алкогольной зависимости у лиц позднего возраста важным является создание дифференцированных и оптимальных условий социального функционирования на разных этапах ведения данных пациентов, основанных на следующих принципах: межведомственный характер системы общественной поддержки лиц позднего возраста; комплексность, системность и дифференцированность реабилитационно-профилактических программ; этапность и индивидуализация воздействия с обязательной оценкой гендерных клинико-динамических и нейрометаболических сдвигов; оценка сопутствующих и предрасполагающих патогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, способствующих формированию признаков алкогольной зависимости; учет клинико-психологических и нейрофизиологических параметров, отражающих степень сохранности адаптационных механизмов у лиц позднего возраста; разработка прогрессивной модели наблюдения и ведения лиц позднего возраста, предусматривающей их последовательное восстановление социального функционирования (в семье, с близкими, с соседями и др.).

Для оказания специализированной наркологической помощи в условиях ЛРК ЧОКНБ разработана организационно-методологическая модель профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста. В организационную модель ЛРК входят следующие структурные подразделения: диспансерное, стационарное, лабораторно-диагностическое и реабилитационное наркологическое отделения, эффективно взаимодействующие на разных этапах лечения и реабилитации и позволяющие осуществлять раннюю диагностику злоупотребления алкоголем у лиц позднего возраста, а также оказать больным алкоголизмом позднего возраста специализированную РПП.

Диспансерное отделение состоит из поликлиники, включающей кабинеты: психиатра-нарколога, психотерапии, рефлексотерапии, физиотерапии, врачей других специальностей, позволяя проводить раннюю клиническую диагностику и патогенетические терапевтические воздействия в амбулаторном режиме.

Для большего охвата пациентов с аддиктивными состояниями предусмотрены кабинеты анонимной наркологической помощи. Основными пациентами данных кабинетов являются больные алкогольной зависимостью II или II–III стадии, с сохранными семейными отношениями и относительно адаптивным социальным и профессиональным функционированием.

Отдел медицинской профилактики включает кабинет консультативно-профилактической помощи для населения, куда могут направляться лица с начальными признаками алкогольной зависимости, выявленные при профилактических осмотрах, экспертизе опьянения и др.

Диспансерное отделение тесно взаимодействует с лабораторно-диагностическим блоком, который содержит экспериментально-психологическую, электрофизиологическую, клиническую и биохимическую лаборатории. В рамках лабораторно-диагностического блока осуществлялось психодиагностическое тестирование, экспериментально-психологическое, физиологическое и биохимическое обследование, а также тестирование на наличие в биологических средах ПАВ. Мероприятия, проводимые специалистами данного комплекса, являлись ведущими на начальном этапе реабилитационно-профилактической программы. Специалисты всех структурных подразделений диспансерного отделения участвовали в мероприятиях вторичной профилактики.

Для реализации программы вторичной профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста предложен комплекс мероприятий, включающий несколько этапов. *Первый этап* – выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем или находящихся на начальных стадиях зависимости. *Второй этап* – психокоррекционная работа с выявленными лицами, целью которой является повышение их мотивации на отказ или сокращение количества употребляемого ими алкоголя. *Третий этап* – оценка результатов профилактических мероприятий с последующей их коррекцией.

Основу организационно-методологической модели профилактики алкогольной зависимости у лиц позднего возраста составляет программа реабилитационно-профилактической помощи, осуществляемая в условиях лечебно-реабилитационного комплекса наркологического учреждения.

Модель профилактики алкоголизма у лиц позднего возраста определяется, наряду с программой вторичной профилактики, также программой реабилитационно-профилактической помощи лицам с алкогольной зависимостью и включает в себя цель, принципы, мишени воздействия, направления системной работы, дифференцированные программы и этапы РПП.

Реабилитационная работа с наркологическими больными может быть успешной только в случае ее проведения на основе соблюдения ряда принципиальных положений в их совокупности и единстве: добровольное участие больного в реабилитационно-профилактических мероприятиях; прекращение приема спиртных напитков; доверительность, партнерство и ответственность; системность, многообразие, индивидуальный подход, этапность и комплексность РПП.

Основополагающим принципом в организации РПП лицам позднего возраста с формирующейся или сформированной алкогольной зависимостью является межведомственный подход с объединением усилий многих специалистов (наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и др.) в комплексной, дифференцированной реабилитационно-профилактической программе.

Большое значение имел динамический подход в выборе методов РПП с учетом этиопатогенетических факторов и дифференциальных клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости у лиц позднего возраста. Системная работа в реабилитационном отделении предусматривала ряд основных направлений, вектор которых определял структуру программы РПП: 1) организация реабилитационно-профилактической среды; 2) психофармакологический комплекс; 3) лечебно-оздоровительный комплекс; 4) психотерапевтический комплекс; 5) социально-терапевтический комплекс; 6) профилактический комплекс.

Учитывая клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у лиц позднего возраста, была разработана дифференцированная РПП, основанная на принципах поэтапного и индивидуального подхода с учетом динамики формирования аддиктивного состояния. При проведении программы РПП были выделены этапы, продолжительность которых определялась дифференциальной клинической динамикой наркологической патологии, результативностью реадaptации и ресоциализации. Зависимым оказывалась дифференцированная помощь на трех этапах РПП. На I этапе (5–9 дней) проводилось купирование абстинентных и постабстинентных состояний, проведение сеансов мотивационного консультирования.

II этап (21–25 дней) предусматривал активное проведение психолого-психотерапевтических, лечебно-оздоровительных и психопрофилактических мероприятий. Первые два этапа осуществляются в амбулаторном или стационарном режиме. На III этапе (до 6 месяцев и более) проводится социотерапевтическая помощь в амбулаторных условиях.

Динамическое наблюдение в течение 3 лет за 109 мужчинами (44 и 65 пациентов в 1-й и 2-й подгруппах) и 39 женщинами (23 и 16 пациентов в 3-й и 4-й подгруппах) позднего возраста с алкогольной зависимостью, участвовавшими в программе третичной профилактики, позволило установить следующее. Длительность клинической ремиссии варьировала от 1,5 до 2 лет у 65,9 % мужчин с поздним первичным обращением за наркологической помощью, у 60,9 % женщин с идентичным вариантом клинической динамики заболевания, у 50,8 % мужчин с ранним первичным обращением за наркологической помощью и у 43,8 % женщин с соответствующей патологией.

Об эффективности программы РПП свидетельствовали продолжительность периода дезактуализации эмоционального компонента аддиктивного поведения и синдрома ПВА, оптимальное восстановление семейных отношений и социально-бытового функционирования и длительность ремиссий.

К основным научно-организационным принципам оказания РПП мужчинам и женщинам позднего возраста с алкогольной зависимостью, осуществляемую в условиях лечебно-реабилитационного комплекса наркологического учреждения, относятся динамическая, дифференцированная и этапная система взаимосвязанных мер и воздействий, с учетом возраста клинической манифестации зависимости и первичного обращения за наркологической помощью, факторов риска формирования, клинико-психопатологических и динамических особенностей патологии. Мотивационное консультирование позволяет сократить сроки РПП, инициировать больных к продолжению изменения своего поведения, научиться получать столь же значимые эмоциональные состояния без использования химических веществ.

Таким образом, проведенное исследование позволяет выделить ряд положений, касающихся вопросов распространенности, этиопатогенетических механизмов формирования, ранней диагностики, клиники, динамики и профилактики алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста.

Клинико-эпидемиологическое исследование распространенности алкоголизма среди населения Челябинской области за последние 10 лет выявило следующее.

На фоне общего снижения интенсивных показателей алкогольной зависимости (с 1825 до 1590 на 100 тысяч населения) прогрессивно растет болезненность алкоголизмом и алкогольными психозами среди пациентов в возрасте старше 60 лет (со 134 до 210 на 100 тысяч населения; $p < 0,001$). Наблюдается рост абсолютных показателей госпитализированных больных позднего возраста с различными клиническими формами алкогольных психозов (со 109 до 178 человек в 2012 г.; $p < 0,05$). Отмечается изменение половозрастной структуры стационарного контингента больных алкоголизмом: соотношение госпитализированных мужчин и женщин позднего возраста, больных алкоголизмом, за последние 5 лет снизилось с 7,7:1 до 5,3:1, демонстрируя рост женского алкоголизма.

Сравнительный анализ медико-биологических и психосоциальных характеристик позволил выделить факторы риска развития алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста. Медико-биологическими факторами риска развития алкоголизма для мужчин

позднего возраста являются: астенический тип телосложения, отягощенность наркологической патологией по линии отца или близких родственников, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем или сочетанная соматическая патология.

Для женщин позднего возраста – пикнический тип телосложения, наследственная отягощенность алкоголизмом по линии отца, матери; резидуально-органическая церебральная недостаточность, заболевания нервной системы. Значимыми психосоциальными факторами, служившими мотивами злоупотребления алкоголем для женщин, являются: хронические стрессы, связанные со смертью близких, ситуациями эмоциональной утраты, вдовство; проживание со злоупотребляющими спиртными напитками мужчинами; одиночество; низкий уровень социальной активности. Патогенными психосоциальными факторами формирования алкогольной зависимости для мужчин служат: правонарушения и судебно-следственные разбирательства, профессии, связанные с тяжелым физическим трудом, недостаточная самореализация; семейные конфликты и разводы; нарастающее снижение финансовых возможностей.

Клинико-психопатологическая картина алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста характеризуется общими и отличительными чертами. Общими клиническими проявлениями алкоголизма являются: употребление крепких спиртных напитков, утрата защитных реакций, атарактическая и гедонистическая мотивации употребления алкоголя.

Для мужчин в позднем возрасте свойственны средняя и малая прогрессивность заболевания, истинные запои с атипичной картиной опьянения в виде кратковременной эйфории, сменяющейся дисфорией или расторможенностью; осложненные и психотические формы синдрома отмены с выраженными соматоневрологическими расстройствами.

Клиническая картина алкоголизма у женщин позднего возраста представлена синдромом отмены без психотической симптоматики или синдромом отмены с делирием и другими психотическими расстройствами, развивающимися во время или после приема алкоголя в течение от 48 часов до 2 недель. Для позднего женского алкоголизма характерны постоянное пьянство на фоне низкой толерантности, высокая прогрессивность заболевания, депрессивное или истерическое опьянение с самоповреждениями и суицидальными попытками, амнезии опьянения.

В структуре всей стационарной болезненности лиц позднего возраста алкогольные психозы составляют 33,8 % среди женщин и 35,04 % среди мужчин.

Клинико-психопатологическая картина алкогольных психозов, как у мужчин, так и у женщин, представлена алкогольным делирием и амнестическими расстройствами. Для женщин более типичен вербальный галлюциноз. О тяжести течения психотических состояний алкогольного генеза в позднем возрасте свидетельствуют высокий удельный вес профессионального делирия у женщин, эпилептиформных припадков и мусситирующего делирия у мужчин. Склонность к затяжному течению психоза и достоверно меньшее число ремиссий длительностью больше 12 месяцев указывают на злокачественное течение психотических состояний в позднем возрасте у женщин.

В зависимости от возраста клинической манифестации алкогольной зависимости (до или после 60 лет), повлекшей первичное обращение больных за наркологической помощью, выделены варианты клинической динамики заболевания у мужчин и женщин с поздним и ранним первичным обращением за наркологической помощью. Для мужчин, больных алкоголизмом, с поздним первичным обращением за наркологической помощью (после 60 лет) типичны: среднепрогредиентный тип течения зависимости, злоупотребление этанолом в инволюционном периоде и нарастающая социально-психологическая и семейная дезадаптация в начале верхнего рубежа трудоспособного возраста.

Для женщин идентичной группы свойственны малопрогредиентный тип течения болезни, начало злоупотребления спиртным в зрелом возрасте с относительно сохранными социально-психологическими и семейными связями в первые 10 лет пенсионного периода.

Для мужчин с ранним первичным обращением за наркологической помощью (до 60 лет) характерны: высокая прогрессивность формирования зависимости с началом социально-психологической и семейной дезадаптации в зрелом возрасте. У больных женского пола отмечались высокопрогредиентное течение алкоголизма и нарастающая социально-психологическая и семейная дезадаптация в предпенсионном возрасте и в первые 3 года пенсионного возраста.

Сравнительный анализ клинических проявлений алкогольного синдрома отмены (АСО) показал, что для мужчин с поздним первичным обращением за наркологической помощью характерны: легкие проявления синдрома отмены с отдельными соматовегетативными нарушениями в виде тремора и цефалгий на фоне тревожного аффекта. Результат по шкале CIWA-Ar соответствует легкой степени тяжести состояния ($8,81 \pm 3,93$ балла; $p < 0,05$); для женщин типичен алкогольный синдром отмены с умеренно выраженными аффективными расстройствами в виде тревоги, перемежающейся с ажитацией, в сочетании с пароксизмальной потливостью, парестезиями, гиперестезией и го-

ловными болями. Результат по шкале CIWA-Ar соответствует средней степени тяжести состояния ($15,94 \pm 4,58$ балла; $p < 0,05$). Для мужчин позднего возраста с ранним первичным обращением за наркологической помощью в структуре АСО доминирует тревога с тремором, пароксизмальной потливостью и легкими нарушениями ясности сознания и ориентировки (результат по шкале CIWA-Ar $8,41 \pm 2,36$; $p < 0,05$). У женщин алкогольный синдром отмены протекает с умеренно выраженными аффективными расстройствами в сочетании с тремором, желудочно-кишечными расстройствами, абдоминальными и цефалгическими болями. Результат по шкале CIWA-Ar соответствует высокой степени тяжести состояния ($20,4 \pm 6,35$ балла; $p < 0,05$).

Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) у мужчин и женщин позднего возраста с поздним и ранним первичным обращением за наркологической помощью имеет отличительные признаки.

У мужчин с поздним обращением за наркологической помощью синдром ПВА характеризуется эпизодически возникающими мыслями о спиртном, сниженным настроением, гиперактивностью (усредненные величины компонентов ПВА по клинической шкале $6,11 \pm 2,39$ балла); у женщин – навязчивыми мыслями о спиртном, пассивностью, слезливостью при обсуждении психотравмирующих ситуаций, повышенной раздражительностью, редко возникающими алкогольными сновидениями, стремлением к сокращению сроков госпитализации (усредненные величины компонентов ПВА по клинической шкале $14 \pm 1,41$ балла).

Для мужчин с ранним первичным обращением за наркологической помощью синдром ПВА проявляется: периодически возникающими мыслями о спиртном, необщительностью, бездеятельностью, неуверенностью в собственных силах, ворчливостью, редкими алкогольными сновидениями (усредненные величины компонентов ПВА по клинической шкале $10,04 \pm 2,16$ балла). У женщин синдром ПВА более выражен и проявляется сниженной критикой к своему состоянию, частыми мыслями о спиртном, вялостью, неопределенностью планов на будущее, слезливостью, раздражительностью, яркими алкогольными сновидениями, а также стремлением к выписке и уклонением от лечения (усредненные величины компонентов ПВА по клинической шкале $14,76 \pm 2,09$ балла).

Индивидуально-личностные особенности мужчин и женщин позднего возраста, больных алкоголизмом, имели как общие, так и отличительные характеристики. Общими личностными характеристиками мужчин и женщин с поздним обращением за наркологической помощью являются: для мужчин – гипертимность и энергичность; для женщин – гипотимность, нейротизм, социальная приспособляемость.

Общими личностными характеристиками для мужчин и женщин с ранним первичным обращением за наркологической помощью являются социальная пассивность и сенситивность. Для мужчин с ранним первичным обращением за наркологической помощью характерны: гипотимность, пассивность, агрессивность; у женщин достоверно чаще выявлялись гипертимность, энергичность, ригидность.

Коморбидная психическая патология у мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью отличается нозологической специфичностью и вносит определенный вклад в развитие, клинко-психопатологическое оформление, течение и прогноз алкогольной болезни. Коморбидными с алкоголизмом у мужчин позднего возраста являлись органические психические и поведенческие расстройства, у женщин – аффективные расстройства настроения, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Особенности обмена серотонина и свободнорадикального окисления при алкоголизме у лиц позднего возраста выявили гендерные различия и зависимость от клинического варианта первичного обращения за наркологической помощью. Активация окислительной модификации белков (ОМБ) плазмы крови у данного контингента пациентов имеет гендерные различия: у мужчин статистически значимое увеличение содержания как спонтанного, так и металл-катализируемого окисления белков по сравнению с контролем выявлено в обеих подгруппах – как с ранним, так и с поздним обращением за наркологической помощью.

У женщин статистически значимое усиление окислительной модификации белков наблюдалось только в подгруппе с ранним первичным обращением (до 60 лет). У мужчин обнаружены прямые корреляционные взаимосвязи между уровнем ОМБ и выраженностью ориентировки и нарушением ясности сознания ($R_s = 0,48$, $p = 0,029$), а также визуальных нарушений ($R_s = 0,62$, $p = 0,003$) и обратные взаимосвязи между ОМБ и головной болью ($R_s = -0,58$, $p = 0,006$), у женщин – прямые корреляционные взаимосвязи между уровнями ОМБ и тревоги ($R_s = 0,54$, $p = 0,03$), а также головной боли ($R_s = 0,65$, $p = 0,005$). Независимо от пола больных алкоголизмом позднего возраста в группах пациентов с более ранним первичным обращением за наркологической помощью (до 60 лет), в отличие от больных с более поздним обращением (после 60 лет), обнаружено снижение серотонина в крови. И у мужчин, и у женщин выявлено снижение активности тромбоцитарной моноаминоксидазы, более выраженное в группах с ранним обращением. Изменение активности моноаминоксидазы сопровождается увеличением трибулиновой активности мочи, которая имеет прямую зависимость от уровня тревоги и ажитации у женщин, но не у мужчин. У всех пациентов выявлена

дисфункция гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (ГГАС), которая проявляется снижением уровня кортизола в крови по сравнению с контролем. Наибольшее снижение кортизола обнаружено у мужчин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, а наименее выраженное – в соответствующей подгруппе женщин. Обнаружены корреляционные взаимосвязи между содержанием кортизола и продуктами ПОЛ и ОМБ в крови пациентов, что свидетельствует о возможной роли дисфункции ГГАС в нарушении процессов свободнорадикального окисления у больных алкоголизмом позднего возраста.

К научно-организационным принципам оказания реабилитационно-профилактической помощи (РПП) мужчинам и женщинам позднего возраста с алкогольной зависимостью, осуществляемой в условиях лечебно-реабилитационного комплекса наркологического учреждения, относятся: динамическая, дифференцированная и этапная система взаимосвязанных мер и воздействий с учетом клинической гетерогенности алкогольной зависимости, факторов риска формирования зависимости, возраста первичного обращения за наркологической помощью, гендерных различий в клинко-психопатологическом оформлении заболевания. Эффективность программы РПП определяется вариантом клинической динамики алкоголизма у лиц позднего возраста, дезактуализацией эмоционального компонента аддиктивного поведения и синдрома ПВА, оптимальным восстановлением семейных отношений, социально-бытового функционирования и длительностью ремиссий. При динамическом наблюдении в течение 3 лет за реабилитантами по программе третичной профилактики установлена длительность терапевтической ремиссии от 1,5 до 2 лет у 65,9 % мужчин и 60,9 % женщин с вариантом клинической динамики алкоголизма при позднем первичном обращении за наркологической помощью, а также у 50,8 % мужчин и 43,8 % женщин с вариантом клинической динамики алкоголизма при раннем первичном обращении за наркологической помощью.

В итоге по результатам проведенной работы были сформулированы практические рекомендации.

1. Включение в последипломную подготовку врачей вопросов профилактики и ранней диагностики злоупотребления алкоголем, а также алкогольсассоциированной соматической патологии.

2. Обучение среднего медицинского персонала, а также работников социальных служб скрининговым методам тестирования (CAGE, MAST) для максимально полной оценки наличия алкогольобусловленной патологии у мужчин и женщин трудоспособного и пенсионного возрастов.

3. Рекомендовано включить тестирование в план диагностических мероприятий, проводимых пациентам, поступающим в ЛПУ, с акцентированием на лицах трудоспособных возрастов, проходящих плановые медицинские осмотры.

4. Пациентам с начальными проявлениями алкогольной зависимости рекомендуется проводить психотерапевтическое воздействие с помощью разработанного нами «Журнала укрепления здоровья».

5. При отсутствии положительных результатов психотерапевтического воздействия рекомендуется своевременная консультация врача психиатра-нарколога для назначения медикаментозной терапии в амбулаторных или стационарных условиях.

6. Пациентам, проходящим медикаментозное лечение, рекомендована постоянная психотерапевтическая поддержка, состоящая из мотивационного консультирования с дальнейшей разработкой перспективного плана реабилитации и ресоциализации, с обязательным контролем его выполнения.

7. Выявленные дифференциальные клинко-психопатологические, клинко-динамические особенности алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста требуют активного внедрения целевых лечебных и профилактических мероприятий в практическое здравоохранение.

1. *Абрамов Д. Е.* Сравнительная частота клинических форм алкогольных психозов в пожилом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 39.
2. *Агафонова С. С.* Резидуальные психические расстройства при алкогольной зависимости, не исключающие вменяемости (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 23 с.
3. *Агibalова Т. В., Мищенко Л. В.* Особенности лечения больных алкогольной зависимостью с коморбидной личностной патологией // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 2004. – С. 287.
4. *Адрианова Е. Д., Дамулин И. В., Сиволоп Ю. П.* Когнитивные расстройства при алкоголизме // Наркология. – 2013. – № 6. – С. 79—85.
5. *Аксельрод А. С., Сиволоп Ю. П., Сыркин А. Л., Савченков В. А., Янушкевич М. В.* Артериальная гипертензия и нарушения сердечного ритма у приверженных к терапии пациентов с алкогольной зависимостью: особенности течения и терапии // Наркология. – 2012. – № 2. – С. 54—61.
6. *Алексин Д. С., Егоров А. Ю.* Особенности наблюдающихся в настоящее время алкогольных психозов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2011. – Т. 111, вып. 11—2. – С. 20—27.
7. *Алтынбеков К. С., Бохан Н. А., Счастный Е. Д.* Типология, клиническая динамика и терапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 64—65.
8. *Альтигулер В. Б.* Женский алкоголизм // Лекции по наркологии. – изд-е 2-е / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Нолидж, 2000.
9. *Альтигулер В. Б.* Дифференцированное применение средств подавления патологического влечения к алкоголю // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 59—67.
10. *Альтигулер В. Б.* Вновь о патологическом влечении к психоактивным веществам: надуманные и реальные проблемы // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 10. – С. 111—116.
11. *Альтигулер В. Б.* Проблема алкоголизма в историческом аспекте // Вопросы наркологии. – 2013. – № 1. – С. 118—132.
12. *Альтигулер В. Б., Кашин А. В., Кравченко С. Л.* Клинико-психологические особенности бездомных лиц, больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2010. – № 3. – С. 9—20.
13. *Альтигулер В. Б., Корольков А. И., Кравченко С. Л.* Объем потребляемого алкоголя как одна из базовых характеристик больных алкоголизмом: психофизиологические и психопатологические корреляции // Вопросы наркологии. – 2011. – № 4. – С. 3—10.

14. *Альтигулер В. Б., Кравченко С. Л.* Типология алкоголизма у женщин: прогредиентность, течение, прогноз : пособие для врачей. – М., 2004. – 27 с.
15. *Альтигулер В. Б., Лукин А. А.* О соотношении алкоголизма и алкогольных психозов у женщин // Наркология. – 2006. – № 5. – С. 32.
16. *Альтигулер 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. *Альтигулер В. Б., Штырков А. Г.* К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера // Наркология. – 2003. – № 5. – С. 29.
18. *Андреев Е. М., Збарская И. А.* Статистика смертности в России от причин алкогольной этиологии // Вопросы статистики. – 2009. – № 8. – С. 44—50.
19. *Андреев А. Ю., Кушнарева Ю. Е., Старков А. А.* Метаболизм активных форм кислорода в митохондриях. Обзор // Биохимия. – 2005. – Т. 70, вып. 2. – С. 246—264.
20. *Анохина И. П.* Роль катехоламиновой и опиатной систем в механизмах патологической алкогольной мотивации // Нейрогуморальные основы алкогольных мотиваций. – Воронеж, 1987. – С. 52—59.
21. *Анохина И. П.* Дофаминовая система мозга и алкоголизм // Вестник РАМН. – 1992. – № 7. – С. 7—11.
22. *Анохина И. П., Дроздов А. З.* Нарушения функции дофаминовой системы при алкоголизме // Биологические и медицинские аспекты алкоголизма. – М., 1984.
23. *Антухов А. В., Балашихов П. П.* Алкогольная зависимость среди лиц, занятых в особо опасном производстве // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 25—26.
24. *Арипов А. И.* К вопросу о сравнительной оценке методов лечения женского алкоголизма // Вопросы клиники шизофрении. – Ташкент, 1982. – С. 10—12.
25. *Артуховкина О. Д.* Клинический вариант алкоголизма у женщин с наличием признаков пароксизмального влечения к алкоголю // Вопросы наркологии. – 1987. – № 4. – С. 13—16.
26. *Арчаков А. И.* Модификация белков активным кислородом и их распад // Биохимия. – 1989. – Т. 54, № 2. – С. 1183—1188.
27. *Афанасьев В. В.* Алкогольный абстинентный синдром. – СПб. : Интермедика, 2002. – 336 с.
28. *Бабанин А. А., Семенова Т. В., Захарова А. Н., Нестеров Е. Н.* Процессы окислительной модификации белков при алкогольном поражении печени // Таврический медико-биологический вестник. – 2008. – Т. 12. – № 1 (45). – С. 110—114.

29. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. – М. : Медицина, 1987. – 336 с.
30. Багрий Н. В. Алкоголизм среди инвалидов по травматической болезни головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 42.
31. Балашов П. П., Сульдин А. М. Организация психосоциальной и психиатрической помощи геронтологическим контингентам в учреждениях социального обслуживания // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2006. – № 2. – С. 95—98.
32. Беленичев И. Ф., Соколик Е. П. Содержание маркеров окислительной модификации и нитрозилирования белков в головном мозге при введении цереброкурина, кортексина и церебролизина на фоне алкогольной интоксикации // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Т. 13, № 3. – С. 5—7.
33. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М. : Медицина, 1988. – 272 с.
34. Бисалиев Р. В., Великанова Л. П., Гришина Б. И. Агрессия в структуре болезни патологической зависимости // Наркология. – 2004. – № 5. – С. 46.
35. Бисалиев Р. В., Дудко Т. Н., Кальной К. С. Суицидальное поведение в семьях больных алкогольной зависимостью. – Астрахань : ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2010. – 118 с.
36. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2005. – № 3. – С. 11—17.
37. Бохан Н. А., Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н. Гендерные клинико-биологические особенности алкоголизма у пациентов позднего возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1 (70). – С. 23—25.
38. Бохан Н. А., Прокопьева В. Д. Молекулярные механизмы влияния этанола и его метаболитов на эритроциты in vitro и in vivo. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2004. – 150 с.
39. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 40.
40. Бурлака О. П., Бохан Н. А., Ульянов И. Г. Качество жизни больных алкоголизмом с коморбидными половыми дисфункциями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 31.
41. Ванчакова Н. П., Лапина Н. А. Алкоголизм в соматической клинике // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 2. – С. 50—54.
42. Ватолина М. А., Самородская И. В. Взаимосвязь отдельных психопатологических синдромов с режимом психофармакотерапии, уровнем алкоголизации и повторностью госпитализации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 31.
43. Верткин А. Л., Цыганков Б. Д., Москвичев В. Г. Гендерспецифические аспекты алкогольобусловленных соматических заболеваний // Терапевт. – 2008. – № 7. – С. 60—68.
44. Винникова М. А., Басманова Т. Б. Коаксил в терапии пожилых больных с алкогольной зависимостью // Вопросы наркологии. – 2004. – № 5. – С. 3—12.
45. Владимиров Б. С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1993. – 24 с.
46. Волчегорский И. А., Долгушин И. И., Колесников О. Л., Цейликман В. Э. Экспериментальное моделирование и лабораторная оценка адаптационных реакций организма. – Челябинск, 2000. – 167 с.
47. Высокогорский В. Е., Ельцова В. Н., Блинова Т. В. Активность дегидрогеназ печени крыс при острой алкогольной и ацетальдегидной интоксикации // Механизмы метаболических и структурных нарушений при алкоголизме и их клинические проявления : сб. науч. тр. – Омск, 1986. – С. 49—52.
48. Вятчанина Е. С., Скальный А. В. Изучение влияния употребления алкоголя матерью до беременности на элементарный состав коры головного мозга потомства (экспериментальное исследование) // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции. – М., 2010. – С. 7—8.
49. Гарганеева Н. П., Шахурова Н. И., Счастный Е. Д. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте: общая проблема в терапевтической и психиатрической практике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 78.
50. Говорин А. В., Горбунов В. В. Острое алкогольное поражение сердца (патогенез, клиника, лечение). – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2009. – 147 с.
51. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Гендерные и возрастные особенности структуры алкоголизации пациентов соматического городского стационара // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4. – С. 21.
52. Голенков А. В., Андреева А. П. Психологическая склонность студентов-медиков к алкоголизации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2010. – № 6. – С. 37—45.
53. Головкин А. И., Софронов А. Г., Софронов Г. А., Шилов В. В. Токсикологические проблемы современной наркологии // Наркология. – 2010. – Т. 9, № 9. – С. 52—62.
54. Головкин А. И., Софронов Г. А. Нейрохимические парадоксы в современной наркологии // Нейрохимия. – 2011. – Т. 28, № 1. – С. 5—18.
55. Голубева Е. Ю., Данилова Р. И., Лахтинен Ю., Соловьев А. Г. Социально-медицинские потребности в видах обслуживания у населения пожилого возраста и оценка эффективности предоставляемых услуг // Экология человека. – 2006. – № 11. – С. 53—56.

56. Гончарова Н. Д., Лапин Б. А. Адреналовые андрогены: возрастные особенности синтеза и регуляции продукции у человека и обезьян // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2005. – № 8. – С. 44—50.
57. Гончарова Н. Д., Лапин Б. А., Хавинсон В. Х. Возрастные нарушения эндокринных функций и возможные пути их коррекции // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2002. – Т. 134, № 11. – С. 484.
58. Гончарова Н. Д., Шмалый А. В., Маренин В. Ю., Смелкова С. А. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система и ферменты глутатионзависимой антиоксидантной системы при стрессе и старении // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2007. – Т. 144, № 11. – С. 574—577.
59. Гордеева Ф. Ф. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин // Клинические проблемы алкоголизма. – Л., 1974. – С. 5—41.
60. Горкин В. З. Аминоксидазы и их значение в медицине. – М. : Медицина, 1981. – 335 с.
61. Горкин В. З., Овчинникова Л. Н. Система аминоксидаз: современные достижения в исследованиях природы, функций и их нарушений // Биомедицинская химия. – 1993. – Т. 39. – С. 2—10.
62. Городничев В. В., Волгин Л. М., Буркин С. М. Алкогольные психозы у женщин в современных условиях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 39.
63. Губский Ю. И., Беленичев И. Ф., Павлов С. В. и др. Токсикологические последствия окислительной модификации белков при различных патологических состояниях (обзор литературы) // Современные проблемы токсикологии. – 2005. – № 3. – С. 20—26.
64. Гузилов Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. – Л. : Медицина, 1988. – 224 с.
65. Гузова А. В. Качество жизни и показатели биологического возраста лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя: медико-социальные аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2010. – 23 с.
66. Гузова А. В., Голубева Е. Ю., Соловьёв А. Г. Особенности качества жизни и биологического возраста пожилых лиц с алкогольной зависимостью в условиях Европейского севера // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23, № 1. – С. 110—114.
67. Дорогов П. П. Психологические аспекты медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возрастов // Сб. ст. и тез. докл. междунар. конф. – Ульяновск : МЗ РФ, 1997. – С. 49—52.

68. Дроздов Ю. А. Одинокие лица пожилого и старческого возраста: состояние здоровья, потребности в медицинских услугах и их удовлетворение // Первый съезд геронтологов и гериатров СССР : тез. докл. и рефератов. – Киев, 1988. – С. 76—78.
69. Друзь В. Ф. Влияние одинокого проживания на возникновение и течение депрессивных расстройств у психически больных позднего возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4. – С. 44.
70. Дубинина Е. Е., Морозова М. Г., Гавровская С. В. и др. Окислительная модификация белков: окисление триптофана и образование битирозина в очищенных белках с использованием системы Фентона // Биохимия. – 2002. – Т. 67, № 3. – С. 413—421.
71. Дудко Т. Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 80—92.
72. Дудко Т. Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами // Наркология. – 2012. – № 4. – С. 70—75.
73. Дудко Т. Н. Состояние медико-социальной реабилитации наркологических больных в Российской Федерации // Вопросы наркологии. – 2013. – № 3. – С. 70—76.
74. Егоров А. Ю. Алкоголизм в позднем возрасте // Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007.
75. Егоров А. Ю. Особенности супружеского алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, вып. 1. – С. 26—31.
76. Егоров А. Ю., Алексин Д. С., Петрова Н. Н. Особенности алкогольных психозов в психиатрической клинике // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11 : Медицина. – 2012. – № 1. – С. 29—40.
77. Егоров А. Ю., Шайдукова Л. К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект // Наркология. – 2005. – № 9. – С. 49—55.
78. Егорова Е. В. Результаты катamnестического исследования эффективности лечения женского алкоголизма // Актуальные вопросы наркологии : Тез. докл. обл. научно-практ. конф. – Харьков, 1985. – С. 20—23.
79. Еникеева А. Х., Балашов П. П. Первичная обращаемость за психической помощью лиц пожилого и старческого возрастов // Якутский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 92—94.
80. Еникеева Д. Д. Соматическая патология при малопрогредиентном алкоголизме // Актуальные вопросы наркологии : тез. докл. обл. научно-практ. конф. – Харьков, 1985. – С. 20—23.

81. Ерохин Ю. А. Патологическая анатомия алкогольной болезни : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 54 с.
82. Ерышев О. В., Анипченко А. В., Андреев Н. Э., Андрианов Ф. В. Открытое и несравнительное исследование эффективности и безопасности мелаксе-на при лечении нарушений сна у пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Вып.2. – С. 47—52.
83. Завалишин И. А., Захарова М. Н. Оксидантный стресс – общий механизм повреждения при заболеваниях центральной нервной системы // Журн. неврологии и психиатрии. – 1996. – Вып. 2. – С. 111—114.
84. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Металкогольные (алкогольные) психозы // Руководство по наркологии : в 2-х т. – М. : Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 233—268.
85. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // Руководство по наркологии : в 2-х т. – М. : Медпрактика-М, 2002. – Т. 2.
86. Иванец Н. Н., Игонин А. Л. Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Вып.8. – С. 1222.
87. Иванец Н. Н., Игонин А. Л., Иванова Н. В. О значении личностных особенностей для клиники и лечения алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии. – 1977. – Вып. 2. – С. 237.
88. Игонин А. Л., Кулагина Н. Е., Баранова О. В., Офтаев И. В. Возможности совершенствования диагностики различных состояний, вызываемых употреблением ПАВ (психотические и резидуальные расстройства) // Наркология. – 2013. – № 4. – С. 16—20.
89. Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И. Актуальные проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации // Вестник Российской АМН. – 2010. – № 9. – С. 3—9.
90. Кветная Т. В., Князькин И. В., Кветной И. М. Мелатонин – нейроиммунно-эндокринный маркер возрастной патологии. – СПб. : ДЕАН, 2005. – 142 с.
91. Кекелидзе З. И., Земское А. М., Филимонов Б. А. Тяжелый алкогольный делирий // Русский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6, № 2. – С. 103.
92. Кибитов А. О., Чупрова Н. А., Смирнова Е. В. Возрастные, динамические и качественные параметры формирования зависимости от алкоголя: влияние семейной отягощенности по алкоголизму // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции. – М., 2010. – С. 14—15.
93. Кирпиченко А. А. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 31 с.
94. Кисель Н. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Ляшенко Г. П. Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин с преморбидными личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 32—34.
95. Клименко Т. В., Дворин Д. В., Кирпиченко А. А., Агафонова С. С. К вопросу о систематике стойких психических расстройств при алкогольной зависимости // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – М., 2007. – С. 33—34.
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. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск, 2002. – 315 с.
98. Короленко Ц. П., Донских Г. А., Тимофеева Н. С. Женский алкоголизм, варианты течения, принципы терапии // V Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1985. – Т.2. – С. 75—77.
99. Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь. – Новосибирск, 1987. – 168 с.
100. Корольков А. И., Альтигулер В. Б., Кравченко С. Л. Различия больных алкоголизмом в объемах потребления алкоголя: причины и смысл // Наркология. – 2011. – Т. 10, № 6. – С. 56—65.
101. Кошкин А. В. Распространенность алкоголизма в России в 2008 г. // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции. – М., 2010. – С. 237—238.
102. 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.
103. Кошкина Е. А. Медико-социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами для здоровья нации // Вопросы наркологии. – 2011. – № 5. – С. 27—30.
104. Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., Мингазов А. Х., Власов А. А., Юркина Н. В., Бочкарева И. Ю. Этнокультуральный аспект психотических форм женского алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 81—84.

105. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х. Возрастные клинико-динамические особенности алкоголизма раннего и позднего возраста // Наркология. – 2012. – № 5. – С. 53—56.
106. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х. Гендерные психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3. – С. 33—35.
107. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Анкудинова И. Э. Клиническая динамика и терапия абстинентного синдрома при алкоголизме у мужчин и женщин позднего возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 49—52.
108. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Бохан Н. А. Диагностика и оценка динамики алкоголизма у лиц позднего возраста // Журн. неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 43—46.
109. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Власов А. А., Юркина Н. В. Возрастные клинико-динамические особенности алкоголизма раннего и позднего возраста // Наркология. – 2012. – № 5. – С. 53—56.
110. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Назмутдинов А. Р., Бецов А. С. Клинико-социальные показатели на ранних стадиях онкозаболевания. Гендерный аспект // Сиб. мед. журн. – 2011. – Т. 26. – С. 142.
111. Лакуста В. И. Методы лечения алкоголизма : практическое пособие. – Кишинев : «Карта Молдовянка», 1987. – 218 с.
112. Лебедева В. Ф., Мальцева С. Н. Организация психиатрической помощи лицам геронтологического возраста на амбулаторном этапе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 43.
113. Левицкий Е. Л., Губский Ю. И. Свободнорадикальные повреждения ядерного генетического аппарата клетки // Укр. биохим. журн. – 1994. – Т. 66, № 4. – С. 18—30.
114. Леонгард К. Акцентуированные личности / пер. с нем. – Киев : «Вища школа», 1981. – 390 с.
115. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
116. Масленников А. А. Социально-демографический портрет больных острыми алкогольными психозами // Акт. вопросы психиатрии и наркологии / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 007. – Вып. 13. – С. 159—160.
117. Мельников В. М., Ямпольский Л. Т. Введение в экспериментальную психологию личности. – М. : Просвещение, 1985. – 319 с.
118. Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Анкудинова И. Э., Асланбекова Н. В. Факторы риска формирования алкоголизма у мужчин и женщин старших возрастных групп при раннем и позднем начале заболевания // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 56—62.
119. Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Бабин К. А., Шатрова Ю. М., Виноградов Д. Б. Гендерные особенности окислительной модификации белков плазмы крови больных алкоголизмом позднего возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3. – С. 9—13.
120. Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Бохан Н. А. Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // Неврологический вестник. – 2012. – Т. XLIV, вып. 2. – С. 10—16.
121. Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Буторина Н. Е., Назмутдинов А. Р., Бецов А. С. Употребление психоактивных веществ и психосоциальный статус пациентов кардиореабилитационного центра // Сибирский мед. журн. – 2011. – Т. 26. – С. 165.
122. Михайлова Н. М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 43 с.
123. Морозов Г. В., Иванец Н. Н. Медикаментозная терапия алкоголизма // Алкоголизм : руководство для врачей / под ред. Г. В. Морозова. – М., 1983. – С. 311—341.
124. Морозов Л. Т., Аветисян М. А., Брянцева Е. И., Талапов А. Е. Структура алкоголизации и самооценка у соматических больных в стационарах различного профиля // Социальные и медицинские последствия пьянства, алкоголизма и наркомании: сборник материалов межрегиональной научно-практ. конф. «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией». – Чита : Экспресс-издательство, 2007. – С. 236—239.
125. Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Медпрактика-М, 2002. – Т. 1.
126. Немцов А. В. Этапы и возрастные особенности течения алкоголизма // Наркология. – 2012. – № 6. – С. 32—38.
127. Немцов А. В., Орлов А. В. Количественная характеристика течения алкоголизма: возрастной аспект // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – Т. 111, № 5. – С. 60—68.
128. Немцов А. В., Орлов А. В. Типы алкогольных напитков и смена их потребления больными алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2012. – № 5. – С. 26—38.
129. Немцов А. В., Разводовский Ю. Е. Алкогольная ситуация в России, 1980—2005 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 52—60.

130. Огурцов П. П., Мазурчик Н. В., Мартынов А. Ю. Соматические нарушения при алкоголизме // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 43—49.
131. Одарченко С. С. Клинико-патогенетический анализ нормального и патологического старения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 198—200.
132. Одарченко С. С. Половозрастная дифференциация в пограничной геронтопсихиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 200—202.
133. Одарченко С. С., Булчевская Л. Д. Кризисные состояния и сохранение психического здоровья в пожилом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 41.
134. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007—2008 гг. : статистический сб. – М. : ФГУ ННЦ наркологии, 2009.
135. Павлова С. В., Белоцеркович О. В., Сумароков А. А., Камзалакова Н. И., Бульгин Г. В. Вегетативная регуляция и метаболические процессы при осложнениях алкоголизма // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 2. – С. 35—37.
136. Пищикова Л. Е., Игонин А. Л., Кулагина Н. Е. Состояние алкогольного опьянения у лиц позднего возраста и его судебно-психиатрическая оценка // Наркология. – 2012. – № 1. – С. 59—69.
137. Погосов А. В., Погосова И. А., Коваленко А. Ю., Борисов С. А. Развитие взглядов на проблему коморбидных расстройств в психиатрии и наркологии (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 103—109.
138. Положий Б. С., Гурин И. В. Динамика распространенности алкоголизма и алкогольных психозов на разных этапах социально-экономического формирования общества (по материалам центрального региона России) // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 6. – С. 29.
139. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – Л. : Медицина, 1988. – 288 с.
140. Россия в цифрах. Краткий статистический сборник. – М. : Госкомстат России, 2007.
141. Русалов В. М. Опросник структуры темперамента. – М. : Институт психологии РАН, 1990.
142. Селедцов А. М. Корреляции между характером психоорганических расстройств и состоянием системы окисления липидов в динамике течения различных видов наркотоксикоманий и алкоголизма // Вопросы наркологии. – 1994. – № 2. – С. 33.

143. Селедцов А. М. Перекисное окисление липидов и состояние антиоксидантных систем при опийной наркомании и алкоголизме // Биомедицинская химия. – 1995. – № 3. – С. 50.
144. Селедцов А. М., Кокорина Н. П., Москвина Я. В. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 44—44.
145. Семке В. Я., Иванова Т. И., Одарченко С. С. Возрастной патоморфоз депрессивных нарушений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 30—36.
146. Семке В. Я., Одарченко С. С. Пограничная геронтопсихиатрия. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2005. – 290 с.
147. Семке В. Я., Одарченко С. С. Лечение расстройств личности в позднем возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4. – С. 54.
148. Семке В. Я., Цыганков Б. Д., Одарченко С. С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. – М. : Изд-во «Медицина», 2006. – 526 с.
149. Сиволап Ю. П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 49—53.
150. Сиволап Ю. П. О применении психотропных средств в наркологии // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 2. – С. 81—83.
151. Сиволап Ю. П. Поражение печени у больных алкоголизмом // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 76—83.
152. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление алкоголем и депрессия // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 5. – С. 79—82.
153. Сиденкова А. П., Семке А. В. Клинико-функциональный аспект деменций позднего возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 103.
154. Сиденкова А. П., Семке А. В. Психосоциальные причины низкой выявляемости и поздней диагностики когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4. – С. 11.
155. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. – Архангельск : Изд-во АГМА, 1999. – 306 с.
156. Соколовский В. В. Тиоловые антиоксиданты в молекулярных механизмах неспецифической реакции организма на экстремальные воздействия // Вопросы мед. химии. – 1988. – Т. 34. – С. 2—11.

157. Сопник Г. С. Алкоголизм и аффективные расстройства у женщин // Актуальные вопросы наркологии : тез. докл. обл. науч. конф. – Харьков, 1985. – С. 146—148.
158. Софронов А. Г. Анализ отдельных социально-демографических и клинических особенностей у неработающих женщин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2013. – № 2. – С. 43—48.
159. Софронов А. Г., Егоров А. Ю. Клинико-фармакологическое обоснование применения карбамазепина в комплексной терапии алкоголизма // Неврологический вестник. – 2013. – Т. XLV, № 1. – С. 77—86.
160. Стаценко А. Н. О роли некоторых личностных особенностей и микросоциальных факторов в развитии и проявлении алкоголизма у молодых женщин // Патогенетические, клинико-терапевтические и эпидемиологические аспекты изучения алкоголизма. – Омск, 1980. – С. 72—76.
161. Стояк В. А., Жернова Е. В., Бохан Н. А., Иванова С. А. Кортизол, дегидроэпиандростерон сульфат и их соотношение у больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4. – С. 88—90.
162. Тараскина А. Е., Пчелина С. Н., Крупицкий Е. М. и др. Роль аллельных вариантов генов системы нейротрансмиссии в формировании предрасположенности к алкогольной зависимости у мужчин // Обзорение психиатрии и мед. психологии. – 2009. – № 1.
163. Фоякова О. Г. Взаимосвязь обмена глутатиона и процессов пероксидации при различной алкогольной мотивации и алкоголизации : дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1996. – 137 с.
164. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. – Л. : ЛНИИФК, 1976.
165. Хохрина Н. Т., Гофман А. Г., Узбеков М. Г., Сорокина З. Х. Сосудистая церебральная патология у больных алкогольной энцефалопатией, перенесших алкогольный делирий // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 6. – С. 38—40.
166. Цейликман В. Э., Бабин К. А., Виноградов Д. Б., Шатрова Ю. М., Изаровский Б. В., Манухина Е. Б., Дауни Г. Ф., Цейликман О. Б., Мингазов А. Х. Особенности окислительного стресса у больных алкогольным делирием, инфицированных вирусами гепатита С и иммунодефицита человека // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94, № 5. – С. 778—781.
167. Цыганков Б. Д., Малыгин В. Л., Егоров А. Ю., Хвостиков Г. С. Нехимические аддикции: патологическая игровая зависимость. интернет-зависимость. зависимость от компьютерных игр // Вопросы наркологии. – 2007. – № 4. – С. 18—38.
168. Чередниченко Н. В., Альтигулер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2008. – № 2. – С. 74—78.
169. Четвериков Д. В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности : дис. ... д-ра психол. наук. – Новосибирск, 2002. – 385 с.
170. Шабанов П. Д. Основы наркологии. – СПб. : Лань, 2002. – 560 с.
171. Шайдукова Л. К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи // Казанский мед. журнал. – 1993. – № 5. – С. 360—362.
172. Шайдукова Л. К. Мишени психотерапии при алкоголизме у женщин // Вопросы наркологии. – 1994. – № 3. – С. 13—20.
173. Шайдукова Л. К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. – Казань, 1994. – С. 230—233.
174. Шайдукова Л. К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1996.
175. Шайдукова Л. К., Овсянников М. В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский мед. журн. – 2005. – № 1. – С. 55—58.
176. Шакуров Ф. З., Байнова Н. А., Мингазов А. Х., Кошеленко А. Г., Кривулин Е. Н. Эффективность анонимного амбулаторного противоалкогольного лечения // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тез. докл. научно-практ. конф. (Омск, 19—20 апреля 2010 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 227.
177. Шакуров Ф. З., Кривулин Е. Н. Качество жизни и устойчивость ремиссии у больных алкогольной зависимостью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6. – С. 43—45.
178. Шелетина Е. П., Антонов В. Г., Кожемякина Л. А. Молекулярный механизм трансформации активности ксантиноксидазы под действием субстрата // Биохимия. – 1990. – Т. 55, вып. 9. – С. 1707—1712.
179. Ширяев О. Ю. Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы у больных в состоянии алкогольной абстиненции // Вопросы клиники и психиатрии : тез. докл. научно-практ. конф. – Кемерово, 1975. – С. 95—98.
180. Шпаков А. В., Кривулин Е. Н., Власов А. А., Непомнящий Н. Н. Анализ психотических форм женского алкоголизма в этнокультуральном аспекте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 313—314.
181. Шумский Н. Г. Алкогольные (металкольные) психозы // Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 304—338.

182. Шумский Н. Г., Штейнфельд М. В. О некоторых клинических особенностях хронического алкоголизма у женщин // Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – М., 1983. – Т. 2. – С. 251—340.
183. Abrams R. C., Alexopoulos G. S. Substance abuse in the elderly: Alcohol and prescription drugs // Hospital and Community Psychiatry. – 1987. – Vol. 38 (12). – P. 1285—1287.
184. Adams W. L. Interactions between alcohol and other drugs / A. M. Gurnack (Ed.) // Older adults' misuse of alcohol, medicines, and other drugs: research and practice. – New York : Springer, 1997.
185. Adams W. L., Barry K. L., Fleming M. F. Screening for problem drinking in older primary care patients // JAMA. – 1996. – Vol. 276. – P. 1964—1967.
186. Adinoff B., Martin, P. R., Bone, G. H. et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning and cerebrospinal fluid corticotrophin releasing hormone and corticotrophin levels in alcoholics after recent and long-term abstinence // Arch. Gen. Psychiatry. – Vol. 47. – P. 325—330.
187. Alcohol and aging / ed. by Th. Beresford, E. Gomberg. – Oxford University Press, Inc., 1995.
188. Alcohol and aging // Alcohol Alert. – National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, October, 1998. – № 40.
189. Alcohol and hormones // Alcohol Alert. – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, October, 1994. – № 26. – P. 352.
190. Alcoholism in the elderly // Social and Biomedical Issues. – Raven Press Books, Ltd., 1984.
191. Allen L. M., Nelson C. J., Rouhbakhsh P., Scifres S. L., Greene R. L., Kordina S. T., Davis L. J. Jr., Morse R. M. Gender differences in factor structure of the Self-Administered Alcoholism Screening Test // J. Clin. Psychol. – 1998. – Jun. – Vol. 54, № 4. – P. 439—445.
192. Annis H. M., Sklar S. M., Moser A. E. Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics // Addict. Behav. – 1998. – Jan.–Feb. – Vol. 23, № 1. – P. 127—131.
193. Anthenelli R. M., Tipp J., Li T.-K. et al. Platelet monoamine oxidase activity in subgroups of alcoholics and controls: results from the collaborative study on the genetics of alcoholism // Alcoholism: Clinical and Experimental. – 1998. – Vol. 22, № 3. – P. 598—604.
194. Atchley R. C. Social forces and aging: An introduction to social gerontology. – 6th ed. – Belmont : Wadsworth Publishing Co, 1991.
195. Bailey C., Andrews N., McKnight A., Hughes J., Little H. Prolonged changes in neurochemistry of dopamine neurons after chronic ethanol consumption // Pharm. Biochem. Behavior. – 2000. – Vol. 66. – P. 153—161.
196. Baker D., West S., Nicholson W., Ekhtor N., Kasckow J. et al. Serial CSF corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156. – P. 585—588.
197. Barry K. L., Oslin D. W., Blow F. C. Alcohol problems in older adults: prevention and management. – Springer Publishing Company, Inc., 2001.
198. Beckman L. J., Amero H. A. Personal and social Difficulties Phased by Women and Men Entering Alcoholism Treatment // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47, № 2 – P. 135—145.
199. Beechem M. H. Elderly Alcoholism: intervention strategies. – Charles C Thomas Publisher, Limited, 2002.
200. Beery A. K., Lin J., Biddle J. S., Francis D. D., Blackburn E. H., Epel E. S. Chronic stress elevates telomerase activity in rats // Biol. Lett. – 2012. – Dec. – Vol. 8 (6). – P. 1063—1066.
201. Beresford T. P. Alcoholic elderly: Prevalence, screening, diagnosis, and prognosis / T. Beresford, E. Gomberg (Eds.) // Alcohol and aging: Looking ahead. – N. Y. : Oxford University Press, 1995.
202. Bicanic I. A., Postma R. M., Sinnema G., De Roos C., Olff M., Van Wesel F., Van de Putte E. M. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone sulfate in adolescent rape victims with post traumatic stress disorder // Psychoneuroendocrinology. – 2012. – Aug. 3.
203. Bicanic I. A., Watamura S. E., Hankin B. L. Hypocortisolism as a potential marker of allostatic load in children: associations with family risk and internalizing disorders // Dev. Psychopathol. – 2011. – Aug. – Vol. 23 (3). – P. 881—896.
204. Bienenfeld D. Alcoholism in the elderly // American Family Physician. – 1987. – Aug. – Vol. 36 (2). – P. 163—169.
205. Blake R. Mental health counseling and older problem drinkers // Journal of Mental Health Counseling. – 1990. – July. – Vol. 2 (3). – P. 354—367.
206. Bloomfield K. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 223—229.
207. Blume S. B. Women and alcohol: Issues in social policy / R. W. Wilsnack, S. C. Wilsnack (eds.) // Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives. – New Brunswick, NJ : Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997. – P. 462—489.
208. Bolton J. M., Belik S. L., Enns M. W. et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 69 (7). – P. 1139—1149.

209. Bondy S., Orozco J. Effects of ethanol treatment upon sources of reactive oxygen species in brain and liver // *Alcohol Alcohol.* – 1994. – Vol. 29, № 4. – P. 375—383.
210. Brådvik L., Mattisson C., Bogren M., Nettelbladt P. Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and alcohol dependence // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – Vol. 14 (3). – P. 266—275.
211. Brown B. B. Professionals' perceptions of drug and alcohol abuse among the elderly // *The Gerontologist.* – 1982. – Vol. 22 (6). – P. 519—524.
212. Buckner J. D., Heimberg R. G. Drinking behaviors in social situations account for alcohol-related problems among socially anxious individuals // *Psychol. Addict. Behav.* – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 640—648.
213. Burge S. K., Schneider F. D. Alcohol-related problems: Recognition and intervention // *American Family Physician.* – 1999. – January 15.
214. Butler R. N., Lewis M., Sunderland T. Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches : 4th ed. – New York : MacMillan Publishing Company, 1991. – 209 p.
215. Buttke T. M., Sadstrom P. A. Oxidative stress as a mediator of apoptosis // *Immunol. Today.* – 1994. – Vol. 15. – P. 7—14.
216. Cappell H., Greely J. Alcohol and tension reduction: an update on research and theory / H. T. Blane, H. E. Leonard (Eds.) // *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism.* – 1987.
217. Cederbaum A., Wu D., Mari M., Bai J. CYP2E1-dependent toxicity and oxidative stress in HepG2 cells // *Free Radic. Biol. Med.* – 2001. – Vol. 31. – P. 1539—1543.
218. Charness M. E. Brain lesions in alcoholics // *Alcohol. Clin. Expres.* – 1993. – Vol. 17 (1). – P. 2—11.
219. Chen K., Wu H. F., Shih J. C. The deduced amino acid sequences of human platelet and frontal cortex monoamine oxidase B are identical // *J. Neurochem.* – 1993. – Vol. 61. – P. 187—190.
220. Cloninger C. R. Neurogenic adaptive mechanisms in alcoholism // *Science.* – 1987. – Vol. 236. – P. 410—416.
221. Clow A., Patel S., Najafi M., Evans P. D., Hucklebridge F. The cortisol response to physiological challenge is preceded by a transient rise in endogenous inhibitor of monoamine oxidase // *Life Sci.* – 1997. – Vol. 61. – P. 567—575.
222. Costa A., Bono G., Martignoni E., Merlo P., Sances G., Nappi G. An assessment of hypothalamo-pituitary-adrenal axis functioning in non-depressed early abstinent alcoholics // *Psychoneuroendocrinology.* – 1996. – Vol. 21. – P. 263—275.
223. Coudray C., Richard M., Faure H., Favier A. Blood and liver lipid peroxide status after chronic ethanol administration in rats // *Clin. Chim. Acta.* – 1993. – Vol. 219, № 1—2. – P. 35—45.
224. Crombie I. K., Pounder D. J., Dick P. H. Who takes alcohol prior to suicide? // *J. Clin. T. Forensic. Med.* – 1998. – Vol. 5. – P. 65—68.
225. Cucciare M. A., Darrow M., Weingardt K. R. Characterizing binge drinking among U. S. military Veterans receiving a brief alcohol intervention // *Addict. Behav.* – 2011. – Vol. 36 (4). – P. 362—367.
226. Dai X., Thavundayil J., Gianoulakis C. Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to stress in the absence and presence of ethanol in subjects at high and low risk of alcoholism // *Neuropsychopharmacology.* – 2002. – Vol. 27. – P. 442—452.
227. Dai X., Thavundayil J., Santella S., Gianoulakis C. Response of the HPA-axis to alcohol and stress as a function of alcohol dependence and family history of alcoholism // *Psychoneuroendocrinology.* – 2007. – Vol. 32. – P. 293—305.
228. Das S. K., Hiran K. R., Mukherjee S., Vasudevan D. M. Oxidative stress is the primary event: effects of ethanol consumption in brain // *Indian Journal of Clinical Biochemistry.* – 2007. – Vol. 22 (1). – P. 99—104.
229. Dawson D. A. Gender differences in the risk of alcohol dependence: United States, 1992 // *Addiction.* – 1996. – Vol. 91. – P. 1831—1842.
230. Dawson D. A., Grant B. F., Stinson F. S., Chou, P. S. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations // *Drug. Alcohol. Dependence.* – 2005. – Vol. 77. – P. 139—150.
231. De Kloet E. R. Hormones and the stressed brain // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 2004. – Vol. 1018. – P. 1—15.
232. De Lima M. S., Dunn J., Novo I. P., Tomasi E., Reisser A. A. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population // *Subst. Use Misuse.* – 2003. – Jan. – Vol. 38, № 1. – P. 51—65.
233. De Turck K. H., Vogel W. H. Effects of acute ethanol on plasma and brain catecholamine levels in stressed and unstressed rats: evidence for ethanol-stress interaction // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* – 1982. – Vol. 223. – P. 348—354.
234. Demir B., Uçar G., Ulug B., Sevinç I., Batur S. Platelet monoamine oxidase activity in alcoholism subtypes: relationship to personality traits and executive functions // *Alcohol Alcohol.* – 2002. – Vol. 37. – P. 597—602.
235. Detrick A., Siepock V. Treating persons with mental illness, substance abuse, and legal problems: the rhode island experience / ed. by L. Stein // *Innovative community mental health programs. New directions for mental health services.* – San Francisco, CA : Jossey-Bass. Inc., 1992. – P. 65—77.

236. Devaud L. L., Matthews D. B., Morrow A. L. Gender impacts behavioral and neurochemical adaptations in ethanol-dependent rats // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 1999. – Vol. 64. – P. 841—849.
237. Devor E. J., Cloninger C. R., Hoffman P. L., Tabakoff B. Association of monoamine oxidase (MAO) activity with alcoholism and alcoholic subtypes // *American Journal of Medical Genetics*. – 1993. – Vol. 48. – P. 209—213.
238. Douglass R. L., Shuster E. O., McClelland S. C. Drinking patterns and abstinence among the elderly // *International J. of the Addictions*. – 1988. – Vol. 23. – P. 399—415.
239. Dupont I., Bodenez P., Berthou F. et al. Cytochrome P-450 2E1 activity and oxidative stress in alcoholic patients // *Alcohol and Alcoholism*. – 2000. – Vol. 35, № 1. – P. 98—103.
240. Elhwuegi A. S. Central monoamines and their role in major depression // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biol. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 28. – P. 435—451.
241. Epel E. S. Psychological and metabolic stress: A recipe for accelerated cellular aging? Review // *HORMONES*. – 2009. – Vol. 8 (1). – P. 7—22.
242. Errico A. L., King A. C., Lovallo W. R., Parsons O. A. Cortisol dysregulation and cognitive impairment in abstinent male alcoholics // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2002. – Vol. 26. – P. 1198—1204.
243. Errico A. L., Parsons O. A., King A. C., Lovallo W. R. Attenuated cortisol response to biobehavioral stressors in sober alcoholics // *J. Stud. Alcohol*. – 1993. – Vol. 54. – P. 393—398.
244. Ewing J. A. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire // *J. Amer. Medical Association*. – 1984. – Vol. 252. – P. 1905—1907.
245. Faraj B. A., Lenton J. D., Kutner M. et al. Prevalence of low monoamine oxidase function in alcoholism // *Alcoholism: Clinical and Experimental*. – 1987. – Vol. 11, № 5. – P. 464—467.
246. Fernandez-Sola J., Estruch R., Nicolas J. M., Pare J. C., Sacanella E., Antunez E., Urbano-Marquez A. Comparison of alcoholic cardiomyopathy in women versus men // *Am. J. Cardiol*. – 1997. – Aug. 15. – Vol. 80, № 4. – P. 481—485.
247. Ferrari E., Casarotti D., Muzzoni B., Albertelli N., Cravello L., Fioravanti M., Solerte S. B., Magri F. Age-related changes of the adrenal secretory pattern: possible role in pathological brain aging // *Brain Res Brain Res Rev*. – 2001. – Nov. – Vol. 37 (1—3). – P. 294—300.
248. Fink R., Clemens M., Marjot D. et al. Increased free-radical activity in alcoholics // *Lancet*. – 1985. – Vol. 2, № 8450. – P. 291—294.

249. Finlayson R., Hurt R. D., Davis L. J., Morse R. M. Alcoholism in elderly persons: A study of the psychiatric and psychosocial features of 216 in patients // *Mayo Clinic Proceedings*. – 1988. – Vol. 63 (8). – P. 761—768.
250. Frye M. A., Altshuler L. L., McElroy S. L., Suppes T., Keck P. E., Denicoff K., Nolen W. A., Kupka R., Leverich G. S., Pollio C., Grunze H., Walden J., Post R. M. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – May. – Vol. 160, № 5. – P. 883—889.
251. Gatti A., Munari L., Perretti A. et al. Sequential nimodipine-reduced glutathione treatment in alcoholic abstinence syndrome // *Minerva Med*. – 1992. – Vol. 83, № 5. – P. 277—281.
252. George D. T., Benkelfat C., Rawlings R. R., Eckardt M. J., Phillips M. J., Nutt D. J., Wynne D., Murphy D. L., Linnolia M. Behavioral and neuroendocrine responses to chlorophenylpiperazine in subtypes of alcoholics and in healthy comparison subjects // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154. – P. 81—87.
253. Glover V. Trials and tribulations with tribulin // *Biogenic Amines*. – 1993. – Vol. 9. – P. 443—451.
254. Glover V. Function of endogenous monoamine oxidase inhibitors (tribulin) // *J. Neural. Transm*. – 1998. – Vol. 52. – Suppl. – P. 313—319.
255. Gmel 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.
256. Gokturk C., Schultze S., Nilsson K. W., von Knorring L., Orelund L., Hallman J. Serotonin transporter (5-HTTLPR) and monoamine oxidase (MAOA) promoter polymorphisms in women with severe alcoholism // *Arch. Womens Ment. Health*. – 2008. – Dec. – Vol. 11 (5—6). – P. 347—355.
257. Goldberg H. The hazards of being male / ed. by C. Staudacher // *Of men and grief*. – New York : New American Library, 1976.
258. Gombert E. S. Treatment for alcohol-related problems: special populations: research opportunities // *Recent. Dev. Alcohol*. – 2003. – Vol. 16. – P. 313—333.
259. Goncharova N. D. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and antioxidant enzymes: circadian rhythms, stress, and aging // *Frontiers in Neuroendocrinology*. – 2006. – Vol. 27, № 1. – P. 52.
260. Goncharova N. D., Lapin B. A. Effects of aging on hypothalamic-pituitary-adrenal system function in non-human primates // *Mechanisms of Ageing and Development*. – 2002. – Vol. 123, № 8. – P. 1191—1201.

261. Goncharova N. D., Vengerin A. A., Lapin B. A., Khavinson V. Kh. Pineal peptides restore the age-related disturbances in hormonal function of the pineal gland and the pancreas // *Experimental Gerontology*. – 2005. – Vol. 40, № 1—2. – P. 51—57.
262. Goodlett C., Horn K. Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system // *Alcohol Res. Health*. – 2001. – Vol. 25. – P. 175—184.
263. Gottfries C. G., Orelund L., Wiberg A., Winblad B. Lowered monoamine oxidase activity in brains from alcoholic suicides // *J. of Neurochemistry*. – 1975. – Vol. 25. – P. 667—673.
264. Grattagliano I., Vendemiale G., Didonna D., Errico F., Bolognino A., Pistone A., Cofano M., Signorile A., Ciannonea F., Altomare E. Oxidative modification of proteins in chronic alcoholics // *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.* – 1995 Jul.–Aug. – Vol. 71 (7—8). – P. 189—195.
265. Greenberg D. M., Lee J. W. Psychotic manifestations of alcoholism // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2001. – Vol. 3 (4). – P. 314—318.
266. Gust D. A., Wilson M. E., Stocker T., Conrad S., Plotsky P. M., Gordon T. P. Activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis is altered by aging and exposure to social stress in female rhesus monkeys // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2000. – Jul. – Vol. 85 (7). – P. 2556—2563.
267. Hagymasi K., Blazovics A., Lengyel G. et al. Oxidative damage in alcoholic liver disease // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2001. – Vol. 13, № 1. – P. 49—53.
268. 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.
269. Hallman J., von Knorring L., Orelund L. Personality disorders according to DSM-III-R and thrombocyte monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholics // *Journal of Studies on Alcohol*. – 1996. – Vol. 57. – P. 155—161.
270. 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.
271. Hatzinger M., Wotjak C. T., Naruo T., Simchen R., Keck M. E., Landgraf R., Holsboer F., Neumann I. D. Endogenous vasopressin contributes to hypothalamic-pituitary-adrenocortical alterations in aged rats // *J. Endocrinol.* – 2000. – Feb. – Vol. 164 (2). – P. 197—205.
272. He L., Simmen F., Mehendale H. et al. Chronic ethanol intake impairs insulin signaling in rats by disrupting Akt association with the cell membrane // *J. Biol. Chem.* – 2006. – Vol. 39. – P. 145—159.
273. Heim C., Ehler U., Harker J., Hellhammer D. Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain // *Psychosom. Med.* – 1998. – Vol. 60. – P. 309—318.
274. Heinz A., Jones D. W., Bissette G., Hommer D., Ragan P., Knable M., Wellek S., Linnoila M., Weinberger D. R. Relationship between cortisol and serotonin metabolites and transporters in alcoholism [correction of alcoholism] // *Pharmacopsychiatry*. – 2002. – Jul. – Vol. 35 (4). – P. 127—134.
275. Huentelman M., Peters C., Ervine W. et al. Ethanol has differential effects on rat neuron and thymocyte reactive oxygen species levels and cell viability // *Comp. Biochem. Physiol.* – 1999. – Vol. 124. – P. 83—89.
276. Hund E. Neurologic sequelae of chronic alcoholism // *Anaesthesiol. Reanim.* – 2003. – Vol. 28 (1). – P. 4—7.
277. Hurt R. D., Finlayson R. E., Morse R. M. Alcoholism in elderly person: medical aspects and prognosis of 216 patients // *Mayo Clinic Proceedings*. – 1988. – Vol. 63. – P. 753—760.
278. Ikonomidou C., Bittigau P., Ishimaru M. et al. Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome // *Science*. – 2000. – Vol. 287. – P. 1056—1060.
279. Innamorati M., Lester D., Amore M. et al. Alcohol consumption predicts the EU suicide rates in young women aged 15—29 years but not in men: analysis of trends and differences among early and new EU countries since 2004 // *Alcohol*. – 2010. – Vol. 44 (5). – P. 463—469.
280. Insel T. R., Zohar J., Benkelfat C., Murphy D. L. Serotonin in obsessions, compulsions and the control of aggressive impulses // *Ann. NY Acad. Sci.* – 1990. – Vol. 600. – P. 574—583.
281. Ireland M. A., Vandongen R., Davidson L., Beilin L. J., Rouse I. L. Acute effects of moderate alcohol consumption on blood pressure and catecholamines // *Clin. Sci.* – 1984. – Vol. 66. – P. 643—648.
282. Jezova D., Makatsori A., Duncko R., Moncek F., Jakubek M. High trait anxiety in healthy subjects is associated with low neuroendocrine activity during psychosocial stress // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 28. – P. 1331—1336.
283. Kennedy G. J. Geriatric mental health care: a treatment guide for health professionals. – The Guilford Press, 1948
284. 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 // *Archives of General Psychiatry*. – 1997. – Vol. 54. – P. 313—321.
285. Kilty K. M. Attitudes toward alcohol and alcoholism among professionals and nonprofessionals // *J. Stud. Alc.* – 1975. – Vol. 36. – P. 327—347.

286. Khantjian E. J., Halliday K. S., McAuliffe W. E. Addiction and the vulnerable self / S. Straussner, E. Zelvin (Eds.) // Gender and addictions: Men and women in treatment. – New York : Guilford, 1990.
287. King A. C., Bernardy N. C., Haune K. Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers // Addictive Behaviors. – 2003. – Jan.–Feb. – Vol. 28, № 1. – P. 171–187.
288. Koch O., Galeotti T., Bartoli A., Boveris A. Alcohol-induced oxidative stress in rat liver // Xenobiotica. – 1991. – Vol. 21, № 8. – P. 1077–1084.
289. Kono H., Rusyn I., Blair U. et al. Allopurinol prevents early alcohol-induced liver injury in rats // JPET. – 2000. – Vol. 293. – P. 296–303.
290. Kurosel Linnane A. W., Marzuki S., Ozawa T., Tanaka M. Mitochondrial DNA mutations as an important contributor to ageing and degenerative diseases // Lancet. – 1989. – Vol. 1. – P. 642–645.
291. Lawson A. Substance abuse problems of the elderly: Considerations for treatment and prevention / G. Lawson, A. Lawson (Eds.) // Alcoholism and substance abuse in special populations. – Rockville, MD : Aspen Systems, 1989. – P. 95–113.
292. Lechin F., Pardey-Maldonado B., van der Dijs B., Baez S., Orozco B., Lechin A. E. Circulating neurotransmitters during the different wake-sleep stages in normal subjects // Psychoneuroendocrinol. – 2004. – Vol. 29. – P. 669–685.
293. Leonard K. E. Alcohol consumption and escalatory aggression in intoxicated and sober dyads // J. Stud. Alcohol. – 1984. – Jan. – Vol. 45, № 1. – P. 75–80.
294. Leonard K. E., Das Eiden R. Husbands and wives drinking: unilateral or bilateral influences among newlyweds in a general population sample // J. Stud. Alcohol Suppl. – 1999. – Mar. – Vol. 13. – P. 130–138.
295. 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. – Vol. 17. – P. 115–125.
296. 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. – Nov. – Vol. 24, № 11. – P. 1666–1679.
297. Levin J. Psychodynamic perspectives on substance abuse men / S. L. A. Straussner, E. Zelin (Eds.) // Gender and addictions. – Northvale, NJ : Jason Aronson Inc., 1997.
298. Li Y., Chen S., Yu C. et al. Effect of acute alcoholism on hepatic enzymes and oxidation / antioxidantation in rats // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. – 2004. – Vol. 3, № 2. – P. 241–244.

299. Lieber C. Alcoholic liver disease: new insights in pathogenesis lead to new treatments // J. Hepatol. – 2000. – Vol. 32. – P. 113–128.
300. Linsky A. S., Straus M. A., Colby J. P. Jr. Stressful events, stressful conditions and alcohol problems in the United States: a partial test of Bales theory // J. Stud. Alcohol. – 1985. – Vol. 46. – P. 72–80.
301. Lovallo W. R., Dickensheets S. L., Myers D. A., Thomas T. L., Jonixon S. Blunted stress cortisol response in abstinent alcoholic and polysubstance-abusing men // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2000. – Vol. 24. – P. 651–658.
302. Lowy L. Social work with the aging: The challenge and promise of the later years. – 2nd ed. – Prospect Heights, IL : Waveland Press, Inc., 1991.
303. Lucki I. The spectrum of behaviors influenced by serotonin // Biol. Psychiatry. – 1998. – Vol. 44. – P. 151–162.
304. Lundahl L. H., Lukas S. E. The impact of familial alcoholism on alcohol reactivity in female social drinkers // Exp. Clin. Psychopharmacol. – 2001. – Feb. – Vol. 9, № 1. – P. 101–109.
305. Maes M., Lin A., Bonaccorso S., van Hunsel F., Van Gastel A. et al. Increased 24-hour urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder and patients with major depression, but not in patients with fibromyalgia // Acta Psychiatr. Scand. – 1998. – Vol. 98. – P. 328–335.
306. Major L. F., Goyer P. F., Murphy D. L. Changes in platelet monoamine oxidase activity during abstinence // J. Studies on Alcohol. – 1981. – Vol. 42. – P. 1052–1057.
307. Major L. F., Murphy D. L. Platelet and plasma amine oxidase activity in alcoholic individuals // British Journal of Psychiatry. – 1978. – Vol. 132. – P. 548–554.
308. Marmot M. G. Alcohol and coronary heart disease (review) // Intern. J. Epidemiol. – 1984. – Vol. 13. – P. 160–167.
309. Marotta F., Reizakovic I., Tajiri H. et al. Abstinence-induced oxidative stress in moderate drinkers is improved by bionormalizer // Hepatogastroenterology. – 1997. – Vol. 44, № 17. – P. 1360–1366.
310. McEwen B. S. Protective and damaging effects of stress mediators // N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 338. – P. 171–179.
311. Mendelson S. C. The current status of the platelet 5-HT_{2A} receptor in depression // J. Affect. Dis. – 2000. – Vol. 57. – P. 13–24.
312. Molenaar N., Johan Groeneveld A. B., Dijkstra H. M., de Jong M. F., Girbes A. R., Heijboer A. C., Beishuizen A. Assessing adrenal insufficiency of corticosteroid secretion using free versus total cortisol levels in critical illness // Intensive Care Med. – 2011. – Dec. – Vol. 37 (12). – P. 1986–1993.

313. Montoliu C., Sancho-Tello M., Azorin I. et al. Ethanol increases cytochrome P450 2E1 and induces oxidative stress in astrocytes // J. Neurochem. – 1995. – Vol. 65. – P. 2561—2570.
314. Moraes R. B., Czepliewski M. A., Friedman G., Borba E. L. Diagnosis of adrenal failure in critically ill patients // Arq. Bras. Endocrinol. Metabol. – 2011. – Jun. – Vol. 55 (5). – P. 295—302.
315. 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.
316. Munro C. A., Oswald L. M., Weerts E. M., McCaul M. E., Wand G. S. Hormone responses to social stress in abstinent alcohol // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2005. – Vol. 20. – P. 1133—1138.
317. Norbiato G. Endocrine, metabolic, and immunologic components of HIV infection // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2012. – Vol. 1262. – P. 51—55.
318. O'Donovan A., Slavich G. M., Epel E. S., Neylan T. C. Exaggerated neurobiological sensitivity to threat as a mechanism linking anxiety with increased risk for diseases of aging // Neurosci Biobehav Rev. – 2013. – Jan. – Vol. 37 (1). – P. 96—108.
319. O'Donovan A., Tomiyama A. J., Lin J., Puterman E., Adler N. E., Kemeny M., Wolkowitz O. M., Blackburn E. H., Epel E. S. Stress appraisals and cellular aging: a key role for anticipatory threat in the relationship between psychological stress and telomere length // Brain. Behav. Immun. – 2012. – May. – Vol. 26 (4). – P. 573—579.
320. Orelund L., Garpenstrand K., Damberg M. et al. The correlation between platelet MAO activity and personality – the effect of smoking and possible mechanisms behind the correlation // Neurobiology. – 1999. – № 7. – P. 191—203.
321. Orelund L., Hallman J., Damberg M. Platelet MAO and Personality – Function and Dysfunction // Current Medicinal Chemistry. – 2007. – Vol. 11. – P. 2016.
322. Orelund S., Daoura L., Gustafsson-Ericson L., Damberg M., Hyytiä P., Orelund L., Nylander I. Does the transcription factor AP-2beta have an impact on the genetic and early environmental influence on ethanol consumption? // J. Neural. Transm. – 2010. – Sep. – Vol. 117 (9). – P. 1077—1081.
323. 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. – Jul. – Vol. 39, № 9. – P. 1301—1318.
324. Ou X. M., Stockmeier C. A., Meltzer H. Y., Overholser J. C., Jurjus G. J., Dieter L., Chen K., Lu D., Johnson C. et al. A novel role for GAPDH-MAO B cascade in ethanol-induced cellular damage // Biol. Psychiatry. – 2010. – May. – Vol. 67 (9). – P. 855—863.

325. Paasonen M. K., Solatunturi E., Kivalo E. Monoamine oxidase activity of blood platelets and their ability to store 5-hydroxytryptamine in some mental deficiencies // Psychopharmacologia. – 1964. – Vol. 6. – P. 120—124.
326. Pandey G. N., Fawcett J., Gibbons R. et al. Platelet monoamine oxidase in alcoholism // Biological Psychiatry. – 1988. – Vol. 24. – P. 15—24.
327. Parsian A., Suarez B. K., Tabakoff B. et al. Monoamine oxidases and alcoholism. I. Studies in unrelated alcoholics and normal controls // American Journal of Medical Genetics. – 1995. – Vol. 60. – P. 405—416.
328. Pedersen W. A., Wan R., Mattson M. P. Impact of aging on stress-responsive neuroendocrine systems // Mech. Ageing Dev. – 2001. – Jul. – Vol. 122 (9). – P. 963—983.
329. Pemberton P., Smith A., Warnes T. Non-invasive monitoring of oxidant stress in alcoholic liver disease // Scand. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 40, № 9. – P. 1102—1108.
330. Pettinati H. M., Dundon W., Lipkin C. Gender differences in response to sertraline pharmacotherapy in Type A alcohol dependence // Am. J. Addict. – 2004. – May–Jun. – V. 13, № 3. – P. 236—247.
331. Piano M. R., Carrigan T. A., Schwartz D. W. Sex differences in ethanol liquid diet consumption in Sprague-Dawley rats // Alcohol. – 2005. – Vol. 35. – P. 113—118.
332. Pietrzak R. H., Goldstein R. B., Southwick S. M., Grant B. F. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J. Anxiety Disord. – 2011. – Vol. 25 (3). – P. 456—465.
333. Pitman R., Orr S. 24-hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related posttraumatic stress disorder // Biol. Psychiatry. – 1990. – Vol. 27. – P. 245—247.
334. Pivac N., Mückeler D., Mustapic M., Nenadicviglin K., Kozaric-Kovacic D. Platelet serotonin concentration in alcoholic subjects // Life Sci. – 2004. – Vol. 76. – P. 521—531.
335. Qian S., Buettner G. Iron and dioxygen chemistry is an important route to initiation of biological free radical oxidations: an electron paramagnetic resonance spin trapping study // Free Radic. Biol. Med. – 1999. – Vol. 26. – P. 1447—1456.
336. Ramchandani V. A., Bosron W. F., Li T. K. Research advances in ethanol metabolism // Pathologie-biologie. – 2001. – Vol. 49. – P. 676—682.
337. Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study // JAMA. – 1990. – Vol. 264 (19). – P. 2511—2518.

338. Regier D. A., Rae D. S., Narrow W. E., Kaelber C. T., Schatzberg A. F. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders // *Br. J. of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 173. – P. 24—28.
339. Reinke Philibert R. A., Gunter T. D., Beach S. R., Brody G. H., Madan A. MAOA methylation is associated with nicotine and alcohol dependence in women // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* – 2008. – Jul. – Vol. 147B (5). – P. 565—570.
340. Rewal M., Jung M., Simpkins J. Role of the GABA-A system in estrogen-induced protection against brain lipid peroxidation in ethanol-withdrawn rats // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2004. – Vol. 28, № 12. – P. 1907—1915.
341. Robbins C. Sex differences in psychosocial consequences in alcohol and drug abuse // *Health and Social Behavior*. – 1989. – Vol. 30. – P. 117—130.
342. Robertson N. Under the influence: The intimate enemy // *Modern Maturity*. – 1991. – Feb.–Mar. – Vol. 27—28. – P. 30, 65.
343. Robins L. N. Epidemiology: Reflections on testing the validity of psychiatric interview // *Archives of General Psychiatry*. – 1995. – Vol. 42 – P. 918—924.
344. Robins L. N. The intimate connection between antisocial personality and substance abuse // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1998. – Vol. 33, № 8. – P. 393—399.
345. Robins L. N., Regier D. A. Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area study. – New York : Free Press, 1991. – 342 p.
346. Rommelspacher H., May T., Dufeu P., Schmidt L. G. Longitudinal observations of monoamine oxidase B in alcoholics: differentiation of marker characteristics // *Alcoholism: Clinical and Experimental*. – 1994. – Research 18. – P. 1322—1329.
347. Rouach H., FAtaccioli V., Entil M., French S. W. Effect of Chronic Ethanol Feeding on Lipid Peroxidation and Protein Oxidation in Relation to Liver Pathology // *HEPATOLOGY*. – 1997. – Vol. 25, № 2. – P. 351—355.
348. Rubin A., Stout R. L., Longabaugh R. Gender differences in relapse situations // *Addiction*. – 1996. – Dec. – Vol. 91. – Suppl. – P. S111—120.
349. Russell D. The secret trauma: Incest in the lives of girls and women / S. Strausner, E. Zelvin (Eds.) // *Gender and addictions: Men and women in treatment*. – New York : Guilford, 1986.
350. Sameroff A. J., Seifer R. Accumulation of environment risk and child mental health // *Children of poverty: research, health and policy issues*. – New York : Garland Publishing, 1995 – P. 233—253.
351. San Jose B., van Oers H. A. M., van de Mheen H. D., Garretsen H. F. L., MacKenbach J. P. Stressors and alcohol consumption // *Alcoholism*. – 2000. – Vol. 35. – P. 307—312.
352. Sapolsky R. M., Krey L. C., McEwen B. S. The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis // *Endocr. Rev.* – 1986. – Aug. – Vol. 7 (3). – P. 284—301.
353. Satre D. D., Mertens J. R., Weisner C. Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults // *J. Stud. Alcohol*. – 2004. – Sep. – Vol. 65, № 5. – P. 638—642.
354. Satyan K. S., Rai A., Jaiswal A. K., Acharya S. B., Bhattacharya S. K. Isatin, a putative anxiogenic endocoid, induces memory dysfunction in rats // *Indian J. Exp. Biol.* – 1995. – Vol. 33. – P. 576—579.
355. Schmidt L. G., Dufeu P., Heinz A., Kuhn S., Rommelspacher H. Serotonergic dysfunction in addiction: effects of alcohol, cigarette smoking and heroin on platelet 5-HT content // *Psychiatry. Res.* – 1997. – Vol. 72. – P. 177—185.
356. Schneider J. Stress, loss and grief: Understanding their origins and growth potential. – Baltimore : University Park Press, 1984.
357. Schonfeld L. Research findings on a hidden population // *The Counselor*. – 1991. – Jan.–Feb. – P. 20—26.
358. Schonfeld L., Dupree L. W. Older problem drinkers-long-term and late-life onset abusers: What triggers their drinking? // *Aging*. – 1990. – Vol. 361. – P. 5—9.
359. Schuckit M. A. Geriatric alcoholism and drug abuse // *Gerontologist*. – 1977. – Vol. 77 (2). – P. 168—174.
360. 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.
361. Schuckit M. A. Alcohol-use disorders // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373. – P. 492—501.
362. 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. – Vol. 35, № 3. – P. 242—248.
363. Schuckit M. A., Tipp J. E., Bucholz K. K., Nurnberger J. I., Hesselbrock V. M., Crowe R. R., Kramer J. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls // *Addiction*. – 1997. – Vol. 92. – P. 1289—1304.
364. Seeman T. E., Robbins R. J. Aging and hypothalamic-pituitary-adrenal response to challenge in humans // *Endocr. Rev.* – 1994. – Apr. – Vol. 15 (2). – P. 233—260.
365. Shimer M. R., Kahana J. S. Legal issues in the care of older adults. – Northeastern : Ohio Universities of Medicine, 1992. – 40 p.

366. Siegel J. S., Davidson M. Demographic and socioeconomic aspects of aging in the United States: Current population reports, special studies series P-23, № 138. – Washington, D. C. : U. S. Department of Commerce, Bureau of the Census, 1984.
367. Silverstein O., Rashbaum B. The courage to raise good men. – New York : Penguin Books, 1994. – 231 p.
368. Simmons L. W. The role of the aged in primitive society. – New Haven, CT Archon Books, 1945.
369. 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. – Vol. 113, № 4. – P. 530—540.
370. Smith J. W. Neurological disorders in alcoholism / N. J. Estes, M. E. Heine-mann (Eds.) // Alcoholism development, consequences, and interventions. – St. Louis : Mosby, 1982.
371. Smith R. G., Betancourt L., Sun Y. Molecular endocrinology and physiology of the aging central nervous system // Endocr. Rev. – 2005. – Apr. – Vol. 26 (2). – P. 203—250.
372. Soyka M. Alcohol-Related Disorders / N. J. Smelser, P. B. Baltes (Eds.) // International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. – New York : Elsevier, 2002. – P. 359—365.
373. Spyridopoulos I., Wischhusen J., Rabenstein B. et al. Alcohol enhances oxysterol-induced apoptosis in human endothelial cells by a calcium-dependent mechanism // Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. – 2001. – Vol. 21. – P. 439.
374. Stachler C. Men and grief. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc. U. S Bureau of the Census. (1993). Population Projections of the United States by age, sex, race, and Hispanic origin, 1993—2050. Current Population Reports. – Washington, DC : U. S. Government Printing Office, 1991. – P. 25—1104.
375. Steudte S., Stalder T., Dettenborn L., Klumbies E., Foley P., Beesdo-Baum K., Kirschbaum C. Decreased hair cortisol concentrations in generalised anxiety disorder // Psychiatry Res. – 2011. – Apr. – Vol. 186 (2—3). – P. 310—314.
376. Strand L. A., Martinsen J. I., Koefoed V. F. et al. Cause-specific mortality and cancer incidence among 28 300 Royal Norwegian Navy servicemen followed for more than 50 years // Scand. J. Work Environ Health. – 2011. – Vol. 37 (4). – P. 307—315.
377. Suominen K., Isometsa E., Hendriksson M. et al. Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both // Acta Psychiatr. Scand. – 1997. – Vol. 96 (2). – P. 142—149.
378. Szuster-Ciesielska A., Daniluk J., Kandefler-Szerszen M. Oxidative stress in blood of patients with alcohol-related pancreatitis // Pancreas. – 2001. – Vol. 22, № 3. – P. 261—266.
379. Teusch R. Substance-abusing women and sexual abuse / S. Straussner, E. Zelvin (Eds.) // Gender and addictions: Men and women in treatment. – New York : Guilford, 1997.
380. Thomasson H. R. Gender differences in alcohol metabolism: physiological responses to ethanol / M. Galanter ed. // Recent Developments in Alcoholism. – New York : Plenum Press, 1995. – Vol. 12. – P. 163—179.
381. Toutou Y., Haus E. Alterations with aging of the endocrine and neuroendocrine circadian system in humans // Chronobiol. Int. – 2000. – May. – Vol. 17 (3). – P. 369—390.
382. Treating alcohol and drug abuse in the elderly / A. M. Gurnack, R. M. Atkinson, N. J. Osgood editors. – Springer Publishing Company, Inc., 2001.
383. Tsai G., Ragan P., Chang R. et al. Increased glutamatergic neurotransmission and oxidative stress after alcohol withdrawal // Am. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 155, № 6. – P. 726—732.
384. Tsigos C., Chrousos G. The neuroendocrinology of the stress response // Stress, Gender and Alcohol-Seeking. – Bethesda : Behavior National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995. – P. 103—124.
385. Tsigos C., Chrousos G. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress // J. Psychosomatic Res. – 2002. – Vol. 53. – P. 865—871.
386. Tyulina O. V., Prokopieva V. D., Boldyrev A. A., Johnson P. Erythrocyte and plasma protein modification in alcoholism: a possible role of acetaldehyde // Biochim. Biophys. Acta. – 2006. – May. – Vol. 1762 (5). – P. 558—563.
387. Vespa P. M. Hormonal dysfunction in neurocritical patients // Curr. Opin. Crit. Care. – 2013. – Feb. 7.
388. Vestal R., McGuire E., Tobin J., Anders R., Norris M., Mesey E. Aging and alcohol metabolism // CI Pharmacology and Therapeutics. – 1987. – Vol. 45. – P. 343—354.
389. Vinther F., Andersen M., Ottesen J. T. The minimal model of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis // J. Math. Biol. – 2011. – Vol. 63. – P. 663—690.
390. Virkkunen M., Eggert M., Rawlings R., Linnoila M. A prospective follow-up of alcoholic violent offenders and fire setters // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – P. 523—529.
391. Volkela W., Alvarez-Sanchez R., Weickb I. et al. Glutathione conjugates of 4-hydroxy-2(E)-nonenal as biomarkers of hepatic oxidative stress-induced lipid peroxidation in rats // Free Radical Biology and Medicine. – 2005. – Vol. 38, № 11. – P. 1526—1536.

392. Waltman C., McCaul M. E., Wand G. S. Adrenocorticotropin responses following administration of ethanol and ovine corticotropin-releasing hormone in the sons of alcoholics and control subjects // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 1994. – Vol. 18. – P. 826–830.
393. 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. – Vol. 6, № 4. – P. 245–252.
394. Welch K., Davis Z., Aust S. Iron autoxidation and free radical generation: effects of buffers, ligands, and chelators // *Arch. Biochem. Biophys.* – 2002. – Vol. 397. – P. 360–369.
395. Wheeler M., Kono H., Yin M. et al. The role of Kupffer cell oxidant production in early ethanol-induced liver disease // *Free Radic. Biol. Med.* – 2001. – Vol. 31, № 12. – P. 1544–1549.
396. Wilsnack R., Klassen A., Wilsnack S. Retrospective analysis of lifetime changes in womes drinking behavior // *Adv. Alcohol Substance Abuse.* – 1986. – V.5. – P. 9–28.
397. Wilsnack R. W., Wilsnack S. C. Sex roles and drinking among adolescent girls // *J. Stud. Alcohol.* – 1978. – Nov. – Vol. 39, № 11. – P. 1855–1874.
398. Wilsnack S. C., Wilsnack R. W. Drinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends // *Recent Dev. Alcohol.* – 1995. – Vol. 12. – P. 29–60.
399. Wolkowitz O. M., Epel E. S., Reus V. I., Mellon S. H. Depression gets old fast: do stress and depression accelerate cell aging? // *Depress Anxiety.* – 2010. – Apr. – Vol. 27 (4). – P. 327–338.
400. Wood H. P., Duffu E. L. Psychological factors in alcoholic women // *Amer. J. Psychiatry.* – 1966. – Vol. 123. – P. 341–345.
401. Wu D., Cederbaum A. Alcohol, oxidative stress, and free radical damage // *Alcohol Research & Health.* – 2003. – Vol. 27, № 4. – P. 23–35.
402. Xiang W., Ferrell Jr. J. Neuroendocrine aspects of ptsd // *Handb. Exp. Pharmacol.* – 2005. – Vol. 169. – P. 371–403.
403. Xie Y. W., Wolin M. A. Role of nitric oxide and its interaction with superoxide in the suppression of cardiac muscle mitochondrial respiration. Involvement in response to hypoxia/reoxygenation // *Circulation.* – 1996. – Vol. 94. – P. 2580–2586.
404. Yehuda R. Current concepts – post-traumatic stress disorder // *N. Engl. J. Med.* – 2002. – Vol. 346. – P. 108–114.
405. Yehuda R., Golier J. A., Halligan S. L., Meaney M., Biesser L. M. The ACTH response to dexamethasone in PTSD // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 1307–1403.

406. Yehuda R., Kahana B., Binderbrynes K., Southwick S., Mason J. et al. Low urinary cortisol excretion in holocaust survivors with posttraumatic-stressdisorder // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 52. – P. 982–986.
407. Yehuda R., Teicher M., Trestman R., Levengood R., Siever L. Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis // *Biol. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 40. – P. 79–88.
408. Young E. A., Abelson J. L., Cameron O. G. Effect of comorbid anxiety disorders on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to a social stressor in major depression // *Biol. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 56. – P. 113–120.
409. Young E., Breslau N. Cortisol and Catecholamines in Posttraumatic stress disorder – An epidemiologic community study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 61. – P. 394–401.
410. Young E., Breslau N. Saliva cortisol in posttraumatic stress disorder: a community epidemiologic study // *Biol. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 56. – P. 205–209.
411. Yu P. M., Tipton T. F., Boulton A. A. Current neurochemical and pharmacological aspects of biogenic amines // *Prog. Brain Res.* – 1995. – Vol. 106. – P. 85–90.
412. Zhou J., Chen P. Studies on the oxidative stress in alcohol abusers in China // *Biomed. Environ. Sci.* – 2001. – Vol. 14, № 3. – P. 180–188.
413. Zimmermann P., Wittchen H. U., Hofler M., Pfister H., Kessler R. C., Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults // *Psychol. Med.* – 2003. – Oct. – Vol. 33, № 7. – P. 1211–1222.
414. Zimmermann U., Springs K., Kunz-Ebrecht S. R., Uhr M., Wittchen H.-U., Holsboer F. Effects of ethanol on hypothalamic-pituitary-adrenal system response to psychological stress in sons of alcohol-dependent fathers // *Neuropsychopharmacology.* – 2004. – Vol. 29. – P. 1156–1165.

ЖУРНАЛ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ



ПЕРВАЯ
встреча

ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ

Давайте поговорим о некоторых Ваших целях на будущее.

Хотите ли Вы, чтобы Ваша дальнейшая жизнь изменилась к лучшему? Особенно важно думать о целях на будущее, когда принимаешь решение - изменить свои привычки.

Что бы Вы хотели изменить в своем физическом и психическом состоянии в ближайшие три месяца? В ближайший год?

Есть ли у Вас пожелания в изменении физической или иной активности (хобби) на ближайшие три месяца? Ближайший год?

Каковы Ваши цели на ближайшие три месяца (один год), касающиеся Ваших взаимоотношений с близкими родственниками, а также окружающими Вас людьми на работе и т.д.?

Есть ли у Вас цели по изменению своего финансового положения на ближайшие три месяца? На ближайший год? Есть ли цели по изменению других аспектов Вашей жизни?

РЕЗЮМЕ



Физические упражнения -

Для каждого упражнения мышцы определяются как первично вовлеченные в движение — независимо от того активны они или статичны. Активными (или главными) считаются мышцы, сокращающие и приводящие в движение определенную часть тела. Статичными являются те, которые либо помогают сокращению, либо, начав двигаться, делают устойчивыми первичную или вторичную структуру, что способствует движению.

Давайте узнаем немного больше о Вашем здоровье, привычках и образе жизни.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Сколько дней в неделю Вы энергично двигаетесь?	Я веду пассивный образ жизни
	Реже одного дня (раза) в неделю
	1-2 дня в неделю
	3-5 дней в неделю
	6-7 дней в неделю
Длительность двигательной активности в течение дня	Не двигаюсь
	Менее 15 минут
	15 – 30 минут в день
	более 30 минут

ПИТАНИЕ

Менялся ли Ваш вес в последние 6 месяцев?	Не менялся
	Увеличился более чем на 5 кг
	Снизился более чем на 5 кг
	Не знаю

РЕЗЮМЕ



Табакокурение

вдыхание дыма тлеющих высушенных или обработанных листьев табака, наиболее часто в виде курения сигарет, сигар, курительных трубок или кальяна. При этом курение сигарет предполагает вдыхание табачного дыма лёгкими, тогда как при курении трубок или сигар попадания дыма в лёгкие не допускается — дымом наполняется только ротовая полость

Давайте узнаем немного больше о Вашем здоровье, привычках и образе жизни.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

Употребляли ли Вы табак в течение последних 6 месяцев?	Нет
Если Да, то в каком виде?	Сигареты
	Жевательный табак
	Трубочный табак?
Среднее количество сигарет, употребляемых Вами в течение дня за последние 6 месяцев	Не употребляю
	1–9 штук
	10–19 штук
	20–29 штук



Напитки, показанные ниже, в общепринятом объеме содержат примерно одинаковое количество чистого алкоголя. Вы можете считать, что каждый из них содержит одну стандартную дозу алкоголя.

Что считать стандартной дозой?

Одна стандартная доза равняется:

Одна банка пива (330-350 мл)

Одна рюмка (50 мл) крепкого алкоголя (водка, виски, джин)

Один бокал вина (150 мл)

Один небольшой бокал (120 мл) вермута, ликера или аперитива



СПИРТ



Алкогóльные напитки

Среди алкогольных напитков есть изделия с низким содержанием алкоголя, изготовленные путём сбраживания сахаро- или крахмалосодержащих продуктов, и изделия с высоким содержанием алкоголя, изготавливаемые путём перегонки изделий с низким содержанием алкоголя.

ТИПЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

СПЕЦИАЛИСТЫ ВЫДЕЛЯЮТ ЧЕТЫРЕ ТИПА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА. ЭТО:

I. ВОЗДЕРЖИВАЮЩИЕСЯ И УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ АЛКОГОЛЬ В МИНИМАЛЬНЫХ КОЛИЧЕСТВАХ

– алкоголь не употребляется, либо употребляется менее трех доз алкоголя в месяц

– потребление алкоголя не влияет на здоровье и не несет негативных последствий

II. УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ АЛКОГОЛЬ В УМЕРЕННЫХ КОЛИЧЕСТВАХ

– употребление алкоголя не чаще трех дней в неделю

– потребление алкоголя не вредит здоровью и не несет негативных последствий

– употребление одной либо двух стандартных доз алкоголя в течение алкогольного события

– временами, лица, употребляющие алкоголь в умеренных количествах, не употребляют алкоголь вообще, например, когда садятся за руль, либо управляют другой техникой

III. РИСКОВАННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

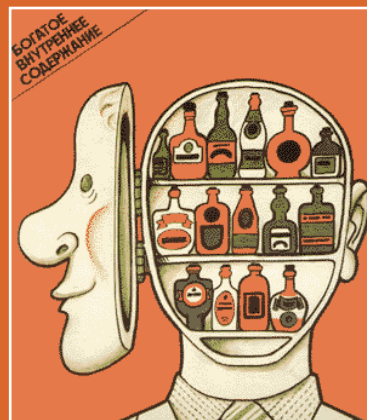
– употребление более чем семи стандартных доз алкоголя в неделю

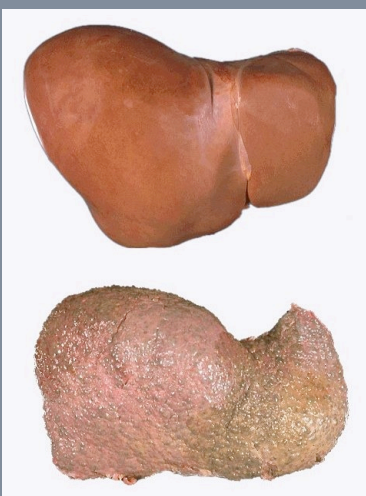
– риск негативного влияния на здоровье и социальную активность

IV. ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

– тяжелое пьянство, приведшее к физической зависимости от алкоголя и другим проблемам

ПИТЬ?!





ПОСЛЕДСТВИЯ РИСКОВАННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ МОЖЕТ ВЛИЯТЬ НА ВАШЕ ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ, А ТАКЖЕ НА ЛИЧНЫЕ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ.

НИЖЕ ПРИВОДЯТСЯ НЕКОТОРЫЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ, ИНОГДА ОПИСЫВАЕМЫЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ. ДАВАЙТЕ ПОСТАВИМ ОТМЕТКУ НА ТЕХ ПУНКТАХ, С КОТОРЫМИ ВЫ СОГЛАСНЫ.

Временное наслаждение	Расслабление	Избегание неприятных ощущений
Уход от проблем	Чувство уверенности	Легкость в высказывании своих мыслей
Наслаждение вкусом	Временное снижение стресса	Облегчение общения

НИЖЕ ПРИВЕДЕНЫ НЕКОТОРЫЕ НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ РЕЗУЛЬТАТОМ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. ДАВАЙТЕ ПОСТАВИМ ОТМЕТКУ НА ТЕХ ИЗ НИХ, КОТОРЫЕ ПРИСУТСТВУЮТ У ВАС, ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОГО, СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ ИХ СВЯЗАННЫМИ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ.

Трудности адаптации в стрессовой ситуации	Высокое артериальное давление	Проблемы с питанием
Депрессия	Сексуальные проблемы	Снижение эффективности жизнедеятельности
Потеря независимости	Проблемы со сном	Усиление побочных эффектов от приема препаратов
Проблемы в установлении контактов	Проблемы с памятью, головная боль	Травмы и падения
	Финансовые проблемы с получением медицинской помощи	Проблемы с печенью и желудком

МОТИВЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ СНИЖЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Цель этого шага: выявить наиболее значимые для Вас причины отказа либо снижения потребления алкоголя. Причины могут быть различны для разных людей.

Далее приводится список некоторых причин, из-за которых люди решают снизить либо прекратить потребление алкоголя. Поставьте отметку напротив трех наиболее значимых для Вас причин, из-за которых Вы хотите снизить либо прекратить потребление алкоголя. Возможно, Вы приведете другие причины, не отмеченные в этом списке.

Потребление меньшего количества ненужных калорий (алкогольные напитки содержат много калорий)

Лучший сон

Снижение зависимости

Улучшение самочувствия

Сохранение денег

Ощущение себя более счастливым

Снижение риска автомобильных аварий

Улучшение семейных взаимоотношений

Участие в общественной жизни

Новые, интересные или более перспективные знакомства

Другое

Выберете из списка и запишите три наиболее значимые для Вас причины, благодаря которым Вы сможете снизить потребление, либо отказаться от алкоголя.

1.

2.

3.

Задумайтесь о последствиях продолжения злоупотребления алкоголем. А сейчас подумайте, как может измениться Ваша жизнь, если Вы решите изменить Ваши привычки путем сокращения потребления алкоголя либо отказа от него? Какие улучшения Вы предвидите?

Физическое здоровье:

Душевное здоровье:

Семья:

Другие взаимоотношения:

Двигательная активность:

ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

Цель данного шага определить лимит употребления алкоголя на конкретный период времени. Поговорите с Вашим куратором и обсудите желаемую для ВАС цель. Такой целью для некоторых людей является абстиненция, то есть, прекращение употребления алкоголя вообще.

Во время обсуждения данного соглашения, ответьте на следующие вопросы:

- Сколько стандартных доз?
- Как часто?
- За какой период времени?

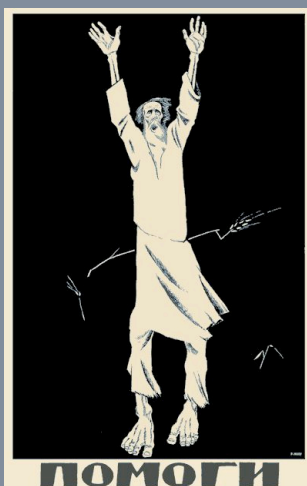
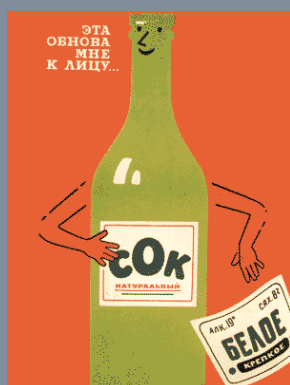
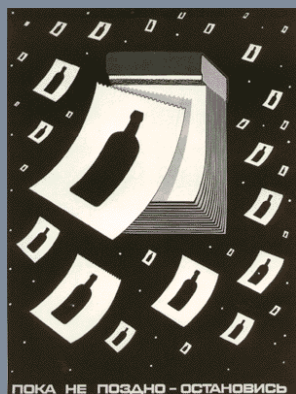
Например: «Я, ФИО, обязуюсь ограничить прием алкоголя семью стандартными дозами в течение недели и четырьмя стандартными дозами в течение дня».

ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

ДАТА _____

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА _____

ПОДПИСЬ КУРАТОРА _____



ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

Один из способов выяснения количества потребляемого алкоголя - ведение дневника потребления алкоголя. Одна таблица дневника заполняется в течение недели. Каждый день записывайте количество выпитого алкоголя. В конце недели запишите общее количество алкоголя, употребленного Вами в течение недели.

ПЕРВАЯ НЕДЕЛЯ

ДАТА НАЧАЛА _____

	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

ВТОРАЯ НЕДЕЛЯ

ДАТА НАЧАЛА _____

	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

ДЕЙСТВИЯ В СИТУАЦИЯХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Ваше желание выпить может быть связано с Вашим настроением, с людьми, которые Вас окружают и доступностью алкоголя. Давайте рассмотрим ситуации, в которых вы потребляли алкоголь в последнее время.

НИЖЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПРИМЕРЫ СИТУАЦИЙ ПОВЫШЕННОГО РИСКА. ЭТОТ СПИСОК ПОМОЖЕТ ВАМ ВСПОМНИТЬ СИТУАЦИИ, ПРИВОДЯЩИЕ К РИСКОВАННОМУ ПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ.

Различные встречи	Бессонница	Гнев
Скука	Семья	Просмотр телепередач
Напряжение	Друзья	Другие люди, употребляющие алкоголь
Чувство одиночества	Критика	Определенные места
Чувство неудачи	Праздничный ужин	После регулярной двигательной активности
Раздражение	Дети и внуки	Выходные
Употребление табака	Реклама на телевидении или в журналах	Споры

Какие ситуации вызывают у Вас желание выпить чрезмерно? Пожалуйста, запишите их.

1. _____

2. _____

Способы выхода из рискованных ситуаций

ВАЖНО ПРЕДСТАВЛЯТЬ СЕБЕ, КАК ИЗБЕЖАТЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ, КОГДА ВЫ ПОПАДАЕТЕ В СИТУАЦИЮ ПОВЫШЕННОГО РИСКА. НАПРИМЕР:

Звонок другу	Звонок соседу	Чтение книги
Прогулка	Просмотр фильма	Двигательная активность, которая Вам нравится

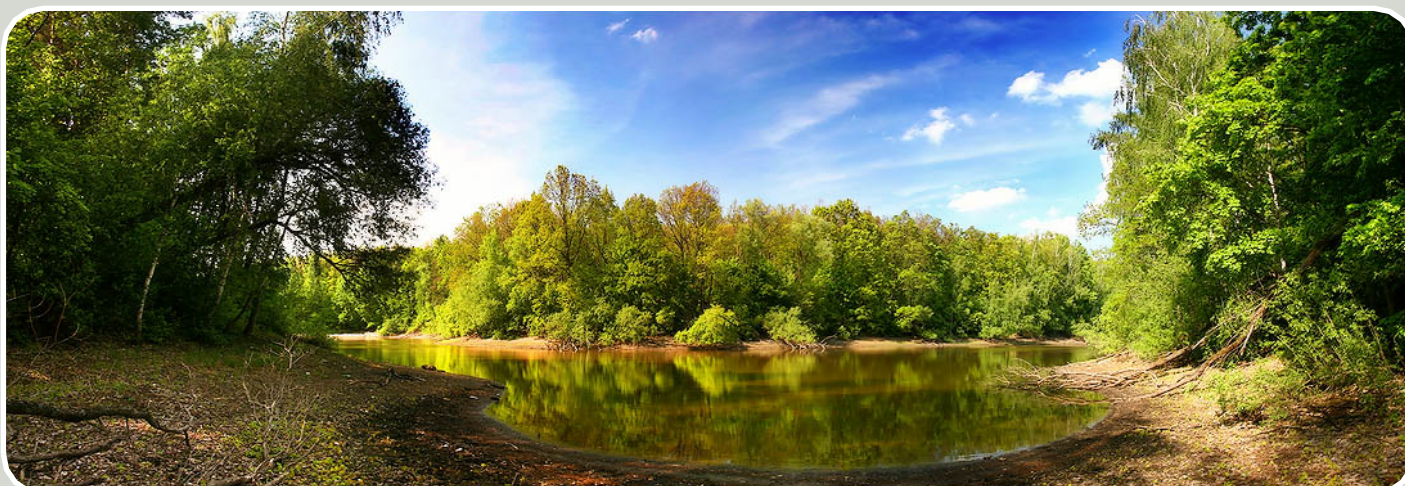
Некоторые из этих способов могут не подходить Вам, в то время как другие способы выхода из рискованных ситуаций могут работать. Определите способы, которые могут быть приемлемы для Вас и запишите их ниже.



1. Напишите способы выхода из первой рискованной для вас ситуации или неприятного ощущения

2. Для второй рискованной ситуации напишите иные способы реагирования

Подумайте о других ситуациях и путях выхода из них, в результате которых Вы можете обойтись без алкоголя



РЕЗЮМЕ ВСТРЕЧИ



Сегодня мы много узнали о Вас. Изменение Вашего поведения, в особенности привычек потребления алкоголя, может стать трудной задачей. Следующие пункты помогут Вам сформировать новую привычку и следовать ограничительному соглашению, в особенности в первые недели, когда это наиболее сложно. Помните, что Вы меняете привычки, и это может быть тяжелой работой. Со временем она станет легче.

Помните, что Ваша основная цель - ограничить выпивку до _____ доз

Читайте этот журнал как можно чаще

Поощряйте себя каждый раз, когда Вы сдержали желание выпить сверх установленного ограничительного соглашения, ведь ломать старые привычки не легко.

Когда Вы чувствуете себя очень плохо, скажите себе, что это чувство пройдет.

В конце каждой недели думайте о том, сколько дней вы провели вообще без алкоголя, либо выпивали меньше обычного.

У некоторых людей бывают дни, когда они выпивают слишком много. Если это случится с Вами, НЕ СДАВАЙТЕСЬ. Начните заново на следующий день.

Вы всегда можете позвонить своему куратору для получения консультации или в случае необходимости оказания скорой помощи.

СПАСИБО ЗА ТО, ЧТО ВОСПОЛЬЗОВАЛИСЬ НАШЕЙ ПРОГРАММОЙ

Пожалуйста, принесите Ваш дневник пациента в следующую нашу встречу, для оценки результатов работы с медицинской сестрой или терапевтом.

**Адреса и телефоны
для обращения за
помощью:**

ЖУРНАЛ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ



ВТОРАЯ встреча

ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ

В прошлую встречу мы обсуждали то, как употребление алкоголя может повлиять на Ваше здоровье и благополучие. В заключение прошлого визита вы подписали ограничительное соглашение и согласились встретиться вновь для дальнейшего обсуждения потребления Вами алкоголя.

Сегодня мы посмотрим, какое количество алкоголя было выпито Вами с момента нашей последней встречи и поработаем над обновлением либо пересмотром Ваших целей.

Давайте обсудим Ваш дневник пациента.

Если у Вас его нет или Вы его не заполнили, то давайте сделаем это сейчас.

Рассмотрим Ваше потребление алкоголя на прошлой неделе.

ДАТА НАЧАЛА _____

	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

СОГЛАСНО ВАШЕМУ ДНЕВНИКУ, КОЛИЧЕСТВО ПОТРЕБЛЯЕМОГО ВАМИ АЛКОГОЛЯ

УМЕНЬШИЛОСЬ

ОСТАЛОСЬ ПРЕЖНИМ

УВЕЛИЧИЛОСЬ

ДОБИЛИСЬ ЛИ ВЫ ЦЕЛИ, ПОСТАВЛЕННОЙ НА ПРЕДЫДУЩЕЙ ВСТРЕЧЕ?

ДА

НЕТ

Давайте поговорим о тех днях, когда вы пытались сократить количество либо полностью отказаться от выпивки, даже если Вы не смогли выпить меньше или остановиться. Расскажите мне об удачных попытках сокращения либо полного отказа от приема алкоголя. Ниже опишите случаи когда вы попробовали или смогли отказаться от алкоголя.

1. _____

2. _____

3. _____

БЫЛО ТРУДНО ПОПЫТАТЬСЯ СОКРАТИТЬ КОЛИЧЕСТВО СПИРТНОГО? ЕСЛИ ТАК, ЧТО ВЫЗВАЛО ЗАТРУДНЕНИЯ?

НЕТ

ДА

1. _____

2. _____

3. _____

ЕСЛИ ВЫ СОКРАТИЛИ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, БЫЛИ ЛИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ВЫПИВКИ? ЕСЛИ ТАК, ТО КАКИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫ ОБНАРУЖИЛИ?

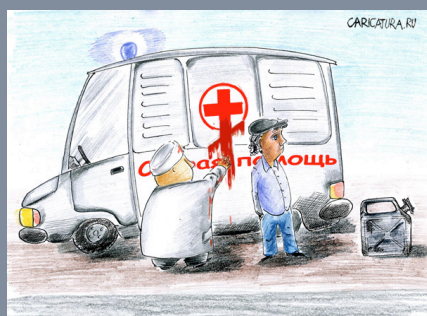
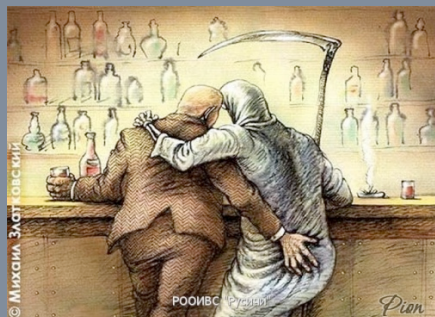
ДА

НЕТ

1. _____

2. _____

3. _____



Как убивает алкоголь -

Можно по-разному относиться к социальным экспериментам зачинателя перестройки Михаила Горбачева. В период 1986 до 1990 годов продолжительность жизни мужского населения государства увеличилась на 2,5 года и достигла почти 63 лет, что и сегодня является недостижимой мечтой отечественных демографов.

ПОСЛЕДСТВИЯ РИСКОВАННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

КАК МЫ ГОВОРИЛИ В ПРОШЛЫЙ РАЗ, УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ МОЖЕТ ВЛИЯТЬ НА ВАШЕ ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ, А ТАКЖЕ НА ЛИЧНЫЕ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ.

НИЖЕ ПРИВОДЯТСЯ НЕКОТОРЫЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ, ИНОГДА ОПИСЫВАЕМЫЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ. ДАВАЙТЕ ПОСТАВИМ ОТМЕТКУ НА ТЕХ ПУНКТАХ, С КОТОРЫМИ ВЫ ВСЁ ЕЩЕ СОГЛАСНЫ.

Временное наслаждение	Расслабление	Избегание неприятных ощущений
Уход от сексуальных проблем	Чувство уверенности	Легкость в высказывании своих мыслей
Наслаждение вкусом	Временное снижение стресса	Облегчение общения

Если Вы изменили стиль потребления алкоголя, заметили ли вы изменения в худшую или в лучшую сторону в каком – либо из этих пунктов? Если Вы снизили потребление алкоголя, почувствовали ли Вы потребность в этих эффектах?

ДАВАЙТЕ ОТМЕТИМ НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ.

Трудности адаптации в стрессовой ситуации	Высокое артериальное давление	Проблемы с питанием
Депрессия	Сексуальные проблемы	Снижение эффективности жизнедеятельности
Потеря независимости	Проблемы со сном	Усиление побочных эффектов от приема препаратов
Проблемы в установлении контактов	Проблемы с памятью, головная боль	Травмы и падения
	Финансовые проблемы с получением медицинской помощи	Проблемы с печенью и желудком

Наметилось ли улучшение в какой-либо из выше указанных проблем? Повлияло ли изменение стиля потребления алкоголя на это?

МОТИВЫ СНИЖЕНИЯ ЛИБО ПРЕКРАЩЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Давайте рассмотрим причины, которые вы выделили для снижения или прекращения потребления алкоголя. Прежде всего, давайте отметим наиболее важные причины, из-за которых Вы хотели прекратить либо снизить потребление алкоголя в нашу первую встречу. Произошли какие-либо изменения? Какие пункты вы бы отметили в этот раз?

ВАШИ МОТИВЫ	ПРЕДЫДУЩИЙ ВЫБОР	СЕГОДНЯШНИЙ ВЫБОР
Потребление меньшего количества ненужных калорий (алкогольные напитки содержат много калорий)		
Лучший сон		
Снижение зависимости		
Улучшение самочувствия		
Сохранение денег		
Ощущение себя более счастливым		
Снижение риска автомобильных аварий		
Улучшение семейных взаимоотношений		
Участие в общественной жизни		
Новые, интересные или более перспективные знакомства		
ДРУГОЕ:		



Они тоже начинали
С бутылки пива в день

ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

Давайте пересмотрим Ваше решение сократить потребление алкоголя и вновь определим лимит выпивки. Поговорите с Вашим куратором и обсудите желаемую для ВАС цель. Такой целью для некоторых людей является абстиненция, то есть, прекращение употребления алкоголя вообще.

Во время обсуждения данного соглашения, ответьте на следующие вопросы:

- Сколько стандартных доз?
- Как часто?
- За какой период времени?

Например: «Я, ФИО, обязуюсь вообще не употреблять алкоголь в течение трех лет».

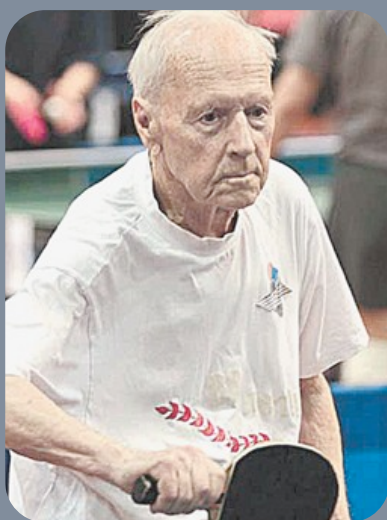
ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

ДАТА _____

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА _____

ПОДПИСЬ КУРАТОРА _____

ДВИЖЕНИЕ- ЖИЗНЬ



ВОТ ЧТО ПИСАЛ О СЕКРЕТАХ
СВОЕЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ
ЛЕВ ТОЛСТОЙ:

«При усидчивой умственной
работе, без движения,
сущее горе. Не походи я,
не поработай руками
и ногами в течение
хотя бы одного дня,
вечером я уже никуда
не гоюсь: ни читать,
ни писать, ни даже
внимательно слушать
других, голова кружится,
а в глазах звезды какие-
то, и ночь проводится без
сна».

СПОСОБЫ ВЫХОДА ИЗ РИСКОВАННЫХ СИТУАЦИЙ

**ВАЖНО ПРЕДСТАВЛЯТЬ СЕБЕ, КАК ИЗБЕЖАТЬ ЗЛУОПOTPEБЛЕНИЯ
АЛКОГОЛЕМ, КОГДА ВЫ ПОПАДАЕТЕ В СИТУАЦИЮ ПОВЫШЕННОГО
РИСКА. НАПРИМЕР:**

Звонок другу	Звонок соседу	Чтение книги
Прогулка	Просмотр фильма	Двигательная активность, которая Вам нравится

Некоторые из этих способов могут не подходить Вам, в то время как другие способы выхода из рискованных ситуаций могут работать. Определите способы, которые могут быть приемлемы для Вас.

КАКИЕ СПОСОБЫ ВЫ УЖЕ ПРОБОВАЛИ?

ОНИ СРАБОТАЛИ ИЛИ НЕТ?

ПОЧЕМУ?

1. _____
2. _____
3. _____

Какими способами выхода из рискованных ситуаций Вы будете продолжать пользоваться? Какими новыми способами Вы намерены воспользоваться?

1. _____
2. _____
3. _____

ПОДУМАЙТЕ О ДРУГИХ СПОСОБАХ ВЫХОДА ИЗ СИТУАЦИЙ,
СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ ЗЛУОПOTPEБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ.



РЕЗЮМЕ ВСТРЕЧИ



Сегодня мы много узнали о Вас. Изменение Вашего поведения, в особенности привычек потребления алкоголя, может стать трудной задачей. Следующие пункты помогут Вам сформировать новую привычку и следовать ограничительному соглашению, в особенности в первые недели, когда это наиболее сложно.

Помните, что Вы меняете привычки, и это может быть тяжелой работой. Со временем она станет легче.

Помните, что Ваша основная цель - ограничить выпивку до _____ доз

Читайте этот журнал как можно чаще

Поощряйте себя каждый раз, когда Вы сдержали желание выпить сверх установленного ограничительного соглашения, ведь ломать старые привычки не легко.

Когда Вы чувствуете себя очень плохо, скажите себе, что это чувство пройдет.

В конце каждой недели думайте о том, сколько дней вы провели вообще без алкоголя, либо выпивали меньше обычного.

У некоторых людей бывают дни, когда они выпивают слишком много. Если это случится с Вами, НЕ СДАВАЙТЕСЬ. Начните заново на следующий день.

Вы всегда можете позвонить своему куратору для получения консультации или в случае необходимости оказания скорой помощи.

СПАСИБО ЗА ТО, ЧТО ВОСПОЛЬЗОВАЛИСЬ НАШЕЙ ПРОГРАММОЙ

Пожалуйста, принесите Ваш дневник пациента в следующую нашу встречу, для оценки результатов работы с медицинской сестрой или терапевтом.

**Адреса и телефоны
для обращения за
помощью:**

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

Один из способов выяснения количества потребляемого алкоголя - ведение дневника потребления алкоголя. Одна таблица дневника заполняется в течение недели. Каждый день записывайте количество выпитого алкоголя. В конце недели запишите общее количество алкоголя, употребленного Вами в течение недели.

ДАТА НАЧАЛА _____



	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

ДАТА НАЧАЛА _____



	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

	ПИВО	ВИНО	ВОДКА	КОЛ-ВО
ПОНЕДЕЛЬНИК				
ВТОРНИК				
СРЕДА				
ЧЕТВЕРГ				
ПЯТНИЦА				
СУББОТА				
ВОСКРЕСЕНЬЕ				
			ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

ЗАМЕТКИ

Инструкция по работе с «Журналом укрепления здоровья»

Первая встреча. Консультант вместе с пациентом последовательно заполняют журнал с первой по двенадцатую страницу. Первая страница посвящена постановке пациентом краткосрочных и долгосрочных целей по изменению физического и психического состояния, а также других аспектов жизни пациента по его желанию.

Давайте поговорим о некоторых Ваших целях на будущее.

Хотите ли Вы, чтобы Ваша дальнейшая жизнь изменилась к лучшему? Особенно важно думать о целях на будущее, когда принимаешь решение – изменить свои привычки.

Что бы Вы хотели изменить в своем физическом и психическом состоянии в ближайшие три месяца? В ближайший □ год?

Есть ли у Вас пожелания в изменении физической □ или иной □ активности (хобби) на ближайшие три месяца? Ближайший □ год?

Каковы Ваши цели на ближайшие три месяца (один год), касающиеся Ваших взаимоотношений с близкими родственниками, а также окружающими Вас людьми на работе и т. д. ?

Есть ли у Вас цели по изменению своего финансового положения на ближайшие три месяца? На ближайший год? Есть ли цели по изменению других аспектов Вашей жизни?

Вторая и третья страница посвящена оценке текущего состояния пациента, а именно его двигательной активности, питанию и употреблению табака.

Сколько дней □ в неделю Вы энергично двигаетесь?

Длительность двигательной □ активности в течение дня.

Менялся ли Ваш вес в последние 6 месяцев?

Употребляли ли Вы табак в течение последних 6 месяцев?

Если Да, то в каком виде?

Среднее количество сигарет, употребляемых Вами в течение дня за последние 6 месяцев.

В процессе заполнения первых трех страниц консультант стремится установить стойкий психологический контакт с пациентом, результатом которого должны быть уверенность пациента в искреннем желании доктора ему помочь. В процессе беседы важно создать дружественную атмосферу с предоставлением пациенту полной свободы в разработке целей и планов на будущее. В противном случае, при навязывании пациенту своего взгляда на ситуацию, консультант рискует спровоцировать его отказ от дальнейшей работы либо формальное к ней отношение.

Далее консультант вежливо, в ненавязчивой форме, предлагает пациенту поговорить о количестве потребляемого им алкоголя. Данную часть беседы можно начать следующими словами: «Вы знаете, мне очень часто приходится наблюдать такую ситуацию... Я задаю собеседнику вопрос о том, как часто или как много он выпивает, и практически всегда получаю один и тот же ответ – не часто и не много... При этом, к сожалению, люди, которые его окружают, так не считают... Как Вы думаете, с чем это связано? Я думаю, что понятия «много» и «мало» очень растяжимые, и то, что для взрослого мужчины считается «чуть-чуть» или «в самый раз», то для его жены «перебор»...».

Важно создать непринужденную обстановку в процессе выяснения алкогольного анамнеза, чтобы пациент не испытывал чувство вины перед консультантом за чрезмерное потребление алкоголя, а также не стремился показать себя «с лучшей стороны».

В процессе просмотра четвертой страницы происходит объяснение понятия «стандартная доза алкоголя», после усвоения которого консультант переходит к пятой странице со словами «Вы знаете, в США различают четыре типа потребления алкоголя среди людей зрелого возраста. Хотите узнать какие? А какой тип потребления алкоголя характерен для Вас?». В дальнейшем эта страница может быть использована для установки целей на сокращение потребления алкоголя и переход с более рискованных форм потребления на менее рискованные.

Напитки, показанные ниже, в общепринятом объеме содержат примерно одинаковое количество чистого алкоголя. Вы можете считать, что каждый из них содержит одну стандартную дозу алкоголя.

Что считать стандартной дозой?

Одна стандартная доза равняется:

Одна банка пива (330—350 мл)

Одна рюмка (50 мл) крепкого алкоголя (водка, виски, джин) Один бокал вина (150 мл)

Один небольшой бокал (120 мл) вермута, ликера или аперитива

Типы потребления алкоголя в зрелом возрасте

Специалисты выделяют четыре типа потребления алкоголя среди людей зрелого возраста. Это:

I. Воздерживающиеся или употребляющие алкоголь в минимальных количествах

- алкоголь не употребляется, либо употребляется менее трех доз алкоголя в месяц

- потребление алкоголя не влияет на здоровье и не несет негативных последствий

II. Употребляющие алкоголь в умеренных количествах

- употребление алкоголя не чаще трех дней в неделю

- потребление алкоголя не вредит здоровью и не несет негативных последствий

- употребление одной либо двух стандартных доз алкоголя в течение алкогольного события

- временами, лица, употребляющие алкоголь в умеренных количествах, не употребляют алкоголь вообще, например, когда садятся за руль, либо управляют другой техникой

III. Рискованное потребление алкоголя

- употребление более чем семи стандартных доз алкоголя в неделю

- риск негативного влияния на здоровье и социальную активность

IV. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость

- тяжелое пьянство, приведшее к физической зависимости от алкоголя и другим проблемам

Заполнение шестой страницы может начинаться с вопроса: «Скажите, а какие положительные эффекты от алкоголя Вы испытываете?» (перечисление). «А какие последствия приема алкоголя Вам не нравятся?» (перечисление). Не забывая периодически благодарить пациента за его ответы.

Последствия рискованного потребления алкоголя, а также последствия злоупотребления алкоголем.

Потребление алкоголя может влиять на ваше физическое и эмоциональное благополучие, а также на личные и общественные взаимоотношения.

Ниже приводятся некоторые положительные эффекты, иногда описываемые при употреблении алкоголя. Давайте поставим отметки на тех пунктах, с которыми вы согласны.

*Временное наслаждение
Расслабление
Избегание неприятных ощущений
Уход от проблем
Чувство уверенности
Легкость в высказывании своих мыслей
Наслаждение вкусом
Временное снижение стресса
Облегчение общения*

Ниже приведены некоторые негативные последствия, которые могут быть результатом потребления алкоголя. Давайте поставим отметку на тех из них, которые присутствуют у вас, вне зависимости от того, считаете ли вы их связанными с потреблением алкоголя.

*Трудности адаптации в стрессовой ситуации
Высокое артериальное давление
Проблемы с питанием
Депрессия
Сексуальные проблемы
Снижение эффективности жизнедеятельности
Потеря независимости
Проблемы со сном
Усиление побочных эффектов от приема препаратов
Проблемы в установлении контактов
Проблемы с памятью, головная боль
Травмы и падения
Финансовые проблемы с получением медицинской помощи
Проблемы с печенью и желудком*

Цель заполнения седьмой страницы – выявить наиболее значимые для пациента мотивы сокращения употребления спиртного. Важно не торопить пациента, дать ему подумать, взвесить все «за» и «против».

Сделайте акцент на пункте «другое», предоставляя возможность найти индивидуальный именно для этого пациента мотив.

Мотивы прекращения или снижения потребления алкоголя

Цель этого шага: выявить наиболее значимые для Вас причины отказа либо снижения потребления алкоголя. Причины могут быть различны для разных людей.

Далее приводится список некоторых причин, из-за которых люди решают снизить либо прекратить потребление алкоголя. Поставьте отметку напротив трех наиболее значимых для Вас причин, из-за которых Вы хотите снизить либо прекратить потребление алкоголя. Возможно, Вы приведете другие причины, не отмеченные в этом списке.

Потребление меньшего количества ненужных калорий (алкогольные напитки содержат много калорий)

*Лучший сон
Снижение зависимости
Улучшение самочувствия
Сохранение денег
Ощущение себя более счастливым
Снижение риска автомобильных аварий
Улучшение семейных взаимоотношений
Участие в общественной жизни
Новые, интересные или более перспективные знакомства
Другое*

Выберете из списка и запишите три наиболее значимые для Вас причины, благодаря которым Вы сможете снизить потребление, либо отказаться от алкоголя.

*1.
2.
3.*

Задумайтесь о последствиях продолжения злоупотребления алкоголем. А сейчас подумайте, как может измениться Ваша жизнь, если Вы решите изменить Ваши привычки путем сокращения потребления алкоголя либо отказа от него? Какие улучшения Вы предвидите?

*Физическое здоровье
Душевное здоровье
Семья
Другие взаимоотношения
Двигательная активность*

Восьмая страница – «ограничительное соглашение», которое читает и подписывает сам больной. Ограничение числа употребляемого спиртного может быть основано на таблице, расположенной на странице 5. Предложите пациенту перейти с настоящего типа потребления алкоголя на менее рискованное. В большинстве случаев злоупотребляющий алкоголем человек пребывает в иллюзии того, что сможет легко сократить количество потребляемого спиртного вплоть до полного отказа от него. Однако полный отказ от алкоголя он считает для себя нецелесообразным; напротив, сокращение потребления алкоголя может быть способом «доказать всем», что он не «алкоголик». Мотив «доказать всем» может быть использован при подписании ограничительного соглашения.

Ограничительное соглашение

Цель данного шага – определить лимит употребления алкоголя на конкретный период времени. Поговорите с Вашим куратором и обсудите желаемую для Вас цель. Такой целью для некоторых людей является абстиненция, то есть, прекращение употребления алкоголя вообще.

Во время обсуждения данного соглашения ответьте на следующие вопросы:

- Сколько стандартных доз Вы употребляете?

- Как часто?

- За какой период времени?

Например: «Я, ФИО, обязуюсь ограничить прием алкоголя семью стандартными дозами в течение недели и четырьмя стандартными дозами в течение дня».

Далее консультант говорит о необходимости заполнения таблиц на странице девять. Для этого целесообразно вновь вернуться к объяснению понятия стандартная доза алкоголя на странице четыре. Постарайтесь убедить больного не прекращать заполнение таблиц ни при каких обстоятельствах, даже в случае «срыва», который, конечно, «очень маловероятен».

Дневник пациента

Один из способов выяснения количества потребляемого алкоголя – ведение дневника потребления алкоголя. Одна таблица дневника заполняется в течение недели. Каждый день записывайте количество выпитого алкоголя. В конце недели запишите общее количество алкоголя, употребленного Вами в течение недели.

Заполнение десятой и одиннадцатой страниц может начаться с фраз, записанных в журнале, но может начинаться и с вопроса: «Скажите, если у Вас появится больше свободного времени, чем Вы займетесь? Как Вы думаете, в каких ситуациях Ваше желание выпить может усиливаться? Что Вы будете тогда делать?»

Действия в ситуациях повышенного риска потребления алкоголя

Ваше желание выпить может быть связано с Вашим настроением, с людьми, которые Вас окружают и доступностью алкоголя. Давайте рассмотрим ситуации, в которых вы потребляли алкоголь в последнее время.

Ниже представлены примеры ситуаций повышенного риска. Этот список поможет вам вспомнить ситуации, приводящие к рискованному потреблению алкоголя.

Различные встречи

Бессонница

Гнев

Скука

Семья

Просмотр телепередач

Напряжение

Друзья

Другие люди, употребляющие алкоголь

Чувство одиночества

Критика

Определенные места

Чувство неудачи

Праздничный ужин

После регулярной двигательной активности

Раздражение

Дети и внуки

Выходные

Употребление табака

Реклама на телевидении или в журналах

Споры

Какие ситуации вызывают у Вас желание выпить чрезмерно? Пожалуйста, запишите их.

1.

2.

Способы выхода из рискованных ситуаций

Важно представлять себе, как избежать злоупотребления алкоголем, когда вы попадаете в ситуацию повышенного риска. Например:

Звонок другу

Звонок соседу

Чтение книги

Прогулка

Просмотр фильма

Двигательная активность, которая Вам нравится

Некоторые из этих способов могут не подходить Вам, в то время как другие способы выхода из рискованных ситуаций могут работать. Определите способы, которые могут быть приемлемы для Вас и запишите их ниже.

1. Напишите способы выхода из первой рискованной для вас ситуации или неприятного ощущения.

2. Для второй рискованной ситуации напишите иные способы реагирования.

Подумайте о других ситуациях и путях выхода из них, в результате которых Вы можете обойтись без алкоголя.

Полный текст двенадцатой страницы может вслух не проговариваться, кроме повторения и записи цели (количество стандартных доз в течение недели), а также благодарности консультанта за то, что пациент согласился воспользоваться данной программой. Назначьте следующую встречу через две недели и порекомендуйте пациенту почаще перечитывать журнал.

Резюме встречи

Сегодня мы много узнали о Вас. Изменение Вашего поведения, в особенности привычек потребления алкоголя, может стать трудной задачей. Следующие пункты помогут Вам сформировать новую привычку и следовать ограничительному соглашению, в особенности в первые недели, когда это наиболее сложно.

Помните, что Вы меняете привычки, а это может быть тяжелой работой. Со временем она станет легче.

Помните, что Ваша основная цель – ограничить выпивку до _____ доз. Читайте этот журнал как можно чаще. Поощряйте себя каждый раз, когда Вы сдержали желание выпить сверх установленного ограничительного соглашения, ведь ломать старые привычки не легко. Когда Вы чувствуете себя очень плохо, скажите себе, что это чувство пройдет.

В конце каждой недели думайте о том, сколько дней вы провели вообще без алкоголя, либо выпивали меньше обычного.

У некоторых людей бывают дни, когда они выпивают слишком много. Если это случится с Вами, НЕ СДАВАЙТЕСЬ. Начните заново на следующий день.

Вы всегда можете позвонить своему куратору для получения консультации или в случае необходимости оказания скорой помощи.

СПАСИБО ЗА ТО, ЧТО ВОСПОЛЬЗОВАЛИСЬ НАШЕЙ ПРОГРАММОЙ

Пожалуйста, принесите Ваш дневник пациента в следующую нашу встречу для оценки результатов работы с медицинской сестрой или терапевтом.

Вторая встреча. Таблица на странице тринадцатой заполняется в том случае, если пациент «забыл» свой журнал дома или «потерял» его. Нельзя «подозревать» пациента в том, что он сделал это намеренно, и каким-либо образом намекать ему на свои подозрения. Можно высказать надежду на то, что с новым вариантом журнала этого не случится и дожидаться положительного ответа. Если пациент принес журнал с заполненными таблицами, сразу переходите к странице четырнадцать.

Вторая встреча

Постановка целей

В прошлую встречу мы обсуждали то, как употребление алкоголя может повлиять на Ваше здоровье и благополучие. В заключение прошлого визита Вы подписали ограничительное соглашение и согласились встретиться вновь для дальнейшего обсуждения потребления Вами алкоголя.

Сегодня мы посмотрим, какое количество алкоголя было выпито Вами с момента нашей последней встречи и поработаем над обновлением либо пересмотром Ваших целей.

Давайте обсудим Ваш дневник пациента.

Если у Вас его нет или Вы его не заполнили, то давайте сделаем это сейчас. Рассмотрим Ваше потребление алкоголя на прошлой неделе.

В процессе заполнения страницы четырнадцать важно не допустить у пациента нарастающего чувства вины или раздражения, если количество потребляемого им алкоголя осталось прежним или увеличилось. В этом случае целью консультанта будет постепенное приведение пациента к мысли, что самостоятельно он не может удержаться в рамках ограничительного соглашения, и что, возможно, данный факт говорит о начальных проявлениях алкогольной зависимости. В этом случае пациенту должно быть предложено общеукрепляющее лечение, с акцентом на восстановление нервной системы и последующим отказом от приема алкоголя на срок от одного года, после чего, возможно, потребление алкоголя в рамках ограничительного соглашения можно будет возобновить.

Подробно обсудите с пациентом каждый из предложенных вопросов. В случае сокращения потребления алкоголя похвалите пациента, затем подробно обсудите все те положительные моменты, которые сопровождали отказ либо сокращение количества потребляемого алкоголя. Запишите их.

Оценка изменений в потреблении алкоголя

Согласно Вашему дневнику, количество потребляемого Вами алкоголя

- уменьшилось
- осталось прежним
- увеличилось

Добились ли Вы цели, поставленной на предыдущей встрече?

- Да
- Нет

Давайте поговорим о тех днях, когда Вы пытались сократить количество либо полностью отказаться от выпивки, даже если Вы не смогли выпить меньше или остановиться. Расскажите мне об удачных попытках сокращения либо полного отказа от приема алкоголя. Ниже опишите случаи когда вы попробовали или смогли отказаться от алкоголя.

1.

2.

3.

Было трудно попытаться сократить количество спиртного? Если это так, то что вызвало затруднения?

- Нет
- Да

1.

2.

3.

Если Вы сократили потребление алкоголя, были ли положительные аспекты снижения количества выпивки? Если это так, то какие положительные аспекты Вы обнаружили?

- Да
- Нет

1.

2.

3.

Заполняя страницу пятнадцать, делайте больший акцент на негативных последствиях, связанных с потреблением алкоголя. «Положительные эффекты» заполняйте, показывая внешним видом, что они в большей степени надуманы, чем имеют место быть на самом деле. Можно это делать в полушутливой манере, при этом важно не вступить с пациентом в оппозицию или спор, если он будет настаивать на своем.

Последствия рискованного потребления алкоголя, а также последствия злоупотребления алкоголем.

Как мы говорили в прошлый раз, употребление алкоголя может влиять на ваше физическое и эмоциональное благополучие, а также на личные и общественные взаимоотношения.

Ниже приводятся некоторые положительные эффекты, иногда описываемые при употреблении алкоголя. Давайте поставим отметку на тех пунктах, с которыми вы все еще согласны.

Временное наслаждение
 Расслабление
 Избегание неприятных ощущений
 Уход от сексуальных проблем
 Чувство уверенности
 Легкость в высказывании своих мыслей
 Наслаждение вкусом
 Временное снижение стресса
 Облегчение общения

Если Вы изменили стиль потребления алкоголя, заметили ли Вы изменения в худшую или в лучшую сторону в каком-либо из этих пунктов? Если Вы снизили потребление алкоголя, почувствовали ли Вы потребность в этих эффектах?

Давайте отметим негативные последствия, связанные с потреблением алкоголя.

Трудности адаптации в стрессовой ситуации
 Высокое артериальное давление
 Проблемы с питанием
 Депрессия
 Сексуальные проблемы
 Снижение эффективности жизнедеятельности
 Потеря независимости
 Проблемы со сном
 Усиление побочных эффектов от приема препаратов
 Проблемы в установлении контактов
 Проблемы с памятью, головная боль
 Травмы и падения
 Финансовые проблемы с получением медицинской помощи
 Проблемы с печенью и желудком

Наметилось ли улучшение в какой-либо из вышеуказанных проблем? Повлияло ли изменение стиля потребления алкоголя на это?

Встреча заканчивается выявлением новых мотивов сокращения потребления алкоголя, их сравнением со старыми мотивами, заполнением ограничительного соглашения и беседой о новых способах выхода из «рискованных ситуаций», при наступлении которых может наступить срыв по образцу первой встречи.

Резюме вновь остается для прочтения пациентом, однако стоит сделать еще один акцент на новом количестве доз потребления алкоголя в течение недели.

Третью встречу целесообразно назначить через две недели в случае негативного результата (потребление алкоголя осталось на прежнем уровне либо увеличилось) и через три-четыре недели в случае положительного результата (потребление алкоголя снизилось).

Список сокращений	3
Введение	4
Глава 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА (Обзор литературы) (совместно с Анкудиновой И. Э., Асланбековой Н. В.)	9
1.1. Клинико-эпидемиологические особенности алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста	9
1.2. Факторы риска формирования алкоголизма у лиц позднего возраста	15
1.2.1. Теории старения. Связь процессов старения с алкоголизацией	15
1.2.2. Влияние социальных факторов на развитие алкоголизма у лиц позднего возраста	16
1.2.3. Роль психогений в развитии алкоголизма у лиц позднего возраста	19
1.2.4. Роль наследственности в формировании алкогольной зависимости у лиц позднего возраста	22
1.2.5. Роль преморбидных и коморбидных психических и неврологических расстройств в развитии алкоголизма у лиц позднего возраста	24
1.3. Клинико-динамические особенности алкоголизма у мужчин и женщин позднего возраста	31
1.4. Метаболические аспекты патогенеза алкоголизма у лиц позднего возраста	36
1.4.1. Свободнорадикальное окисление в условиях алкогольной зависимости	38
1.4.2. Клинически значимые особенности метаболизма при алкоголизме у лиц позднего возраста	41
1.5. Реабилитационно-профилактическая помощь лицам позднего возраста, страдающим алкогольной зависимостью	46
Глава 2. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ, МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	50
2.1. Клинико-эпидемиологические показатели распространенности алкоголизма у лиц позднего возраста (региональный аспект)	50
2.2. Социально-демографические характеристики мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	54
2.3. Медико-биологические характеристики мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	60
2.3.1. Коморбидные психические расстройства у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	63
2.4. Гендерные психосоциальные факторы риска формирования алкогольной зависимости у лиц позднего возраста	70
Глава 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	74
3.1. Гендерные клинико-психопатологические и клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у лиц позднего возраста	74
3.2. Клинико-динамические особенности алкогольных психозов у мужчин и женщин позднего возраста	81

3.3. Дифференциальный подход к диагностике и динамике алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста	86
3.4. Особенности синдрома отмены у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	98
3.5. Особенности патологического влечения к алкоголю у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	102
3.6. Индивидуально-личностные особенности мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	106
3.7. Факторы риска формирования алкогольной зависимости у мужчин и женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после и до 60 лет	114
Глава 4. ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА СЕРОТОНИНА И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	125
4.1. Особенности окислительной модификации белков плазмы крови у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкоголизмом	128
4.2. Особенности обмена серотонина у лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	130
4.3. Нейроэндокринная дисфункция и свободнорадикальное окисление в плазме крови у мужчин и женщин позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью	133
Глава 5. РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (совместно с Анкудиновой И. Э.)	137
5.1. Организационно-методологические принципы реабилитационно-профилактической помощи лицам позднего возраста с алкогольной зависимостью	137
5.1.1. Вторичная профилактика алкогольной зависимости у лиц позднего возраста	141
5.1.2. Третичная профилактика алкогольной зависимости у лиц позднего возраста	145
5.2. Психотерапевтическая помощь при алкогольной зависимости у лиц позднего возраста	157
5.3. Влияние психотерапии на эффективность противоалкогольного лечения у лиц позднего возраста	163
Заключение	169
Список использованной литературы	193
Приложение 1	225
Приложение 2	246

List of abbreviations	3
Introduction	4
Chapter 1. EPIDEMIOLOGY, CLINICAL DYNAMIC, METABOLIC AND PREVENTIVE ASPECTS OF ALCOHOLISM IN MEN AND WOMEN OF LATER AGE (Literature review) (jointly with Ankudinova I. E., Aslanbekova N. V.)	9
1.1.Clinical-epidemiological peculiarities of alcoholism in men and women of later age	9
1.2.Risk factors of formation of alcoholism in persons of later age	15
1.2.1. Theories of ageing. Association of processes of ageing with alcoholization	15
1.2.2. Influence of social factors on development of alcoholism in persons of later age	16
1.2.3. Role of psychogenic factors in development of alcoholism in persons of later age	19
1.2.4. Role of heredity in formation of alcohol dependence in persons of later age	22
1.2.5. Role of premorbid and comorbid mental and neurological disorders in development of alcoholism in persons of later age	24
1.3.Clinical-dynamic peculiarities of alcoholism in men and women of later age	31
1.4.Metabolic aspects of pathogenesis of alcoholism in persons of later age	36
1.4.1. Free-radical oxidation under conditions of alcohol dependence	38
1.4.2. Clinically significant peculiarities of metabolism in alcoholism in persons of later age	41
1.5.Rehabilitative-preventive help for persons of later age with alcohol dependence	46
Chapter 2. CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL, MEDICO-BIOLOGICAL AND SOCIAL-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PERSONS OF LATER AGE WITH ALCOHOL DEPENDENCE	50
2.1.Clinical-epidemiological indices of prevalence of alcoholism in persons of later (regional aspect)	50
2.2.Social-demographic characteristics of men and women of later age with alcohol dependence	54
2.3.Medico-biological characteristics of men and women of later age with alcohol dependence	60
2.3.1. Comorbid mental disorders in persons of later age with alcohol dependence	63
2.4.Gender psychosocial risk factors of formation of alcohol dependence in persons of later age	70
Chapter 3. CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND CLINICAL-DYNAMIC PECULIARITIES OF ALCOHOLISM IN MEN AND WOMEN OF LATER AGE	74
3.1.Gender clinical-psychopathological and clinical-dynamic peculiarities of alcohol dependence in persons of later age	74
3.2.Clinical-dynamic peculiarities of alcohol psychoses in men and women of later age	81

3.3.Differential approach to diagnostics and dynamic of alcohol dependence in men and women of later age	86
3.4.Peculiarities of withdrawal syndrome in men and women of later age with alcohol dependence	98
3.5.Peculiarities of pathological craving for alcohol in men and women of later age with alcohol dependence	102
3.6.Individual-personality peculiarities of men and women of later age with alcohol dependence	106
3.7.Risk factors of formation of alcohol dependence in men and women of later age with initial seeking for addictological help after and before 60 years old	114
Chapter 4. PECULIARITIES OF METABOLISM OF SEROTONIN AND FREE-RADICAL OXIDATION IN ALCOHOL DEPENDENCE IN MEN AND WOMEN OF LATER AGE	125
4.1.Peculiarities of oxidative modification of blood plasma proteins in men and women of later age with alcoholism	128
4.2.Peculiarities of metabolism of serotonin in persons of later age with alcohol dependence	130
4.3.Neuroendocrine dysfunction and free-radical oxidation in blood plasma in men and women of later age with alcohol dependence	133
Chapter 5. REHABILITATIVE-PREVENTIVE HELP FOR PERSONS OF LATER AGE WITH ALCOHOL DEPENDENCE (jointly with Ankudinova I. E.)	137
5.1.Organizing-methodological principles of rehabilitative-preventive help for persons of later age with alcohol dependence	137
5.1.1. Secondary prevention of alcohol dependence in persons of later age	141
5.1.2. Tertiary prevention of alcohol dependence in persons of later age	145
5.2.Psychopharmacotherapy in alcohol dependence in persons of later age	157
5.3.Influence of psychotherapy on efficacy of antialcohol treatment in persons of later age	163
Conclusion	169
References	193
Appendix 1	225
Appendix 2	246

Научное издание

**Николай Александрович Бохан
Евгений Николаевич Кривулин
Андрей Ханифович Мингазов**

**АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ
У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Редактор И. А. Зеленская
Дизайн обложки Е. Е. Аргунова

Подписано в печать 21.10.2013 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)78-80-80, тел./факс: (3822)40-79-55
E-mail: mail@if.tomsk.ru