

КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

¹Кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²ГБУЗ «Специализированная наркологическая больница» МЗКК,
Россия, Краснодарский край, ст. Полтавская, ул. Ковтюха, 2. E-mail: ami_kras@mail.ru

В обзоре проведен анализ клинической картины длительных ремиссий алкогольной зависимости. Дано описание влияния индивидуально-биологических и личностных факторов на качество и динамику патопсихологических расстройств. Рассмотрены факторы, являющиеся предикторами длительных ремиссий. Сделан вывод о том, что длительность процесса устойчивой стабилизации патопсихологических расстройств в ремиссии зависит от степени биологического дефекта, связанного с обменом алкоголя. Для формирования длительных ремиссий необходимы активное терапевтическое воздействие на период не менее года после отказа от алкоголя, применение препаратов и методов, корректирующих обмен алкоголя.

В связи с этим важность научного поиска определяется необходимостью выявления маркеров степени специфического биологического повреждения и способов его коррекции.

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольная зависимость, ремиссия, клиника, клиническая картина, алкогольная абстиненция.

L. M. SHULKIN¹, N. A. KOSENKO¹, V. G. KOSENKO¹, M. I. AGEEV¹, M. Z. SHULKIN²

CLINICAL OVERVIEW REMISSION OF ALCOHOL DEPENDENCE

¹Department of psychiatry, faculty of training and retraining of primary
state educational institution of higher education Kuban state medical university Russian ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4;

²GBUZ «Specialized drug treatment hospital» MZKK,
Russia, Krasnodar region, village Poltava, str. Kovtyuha, 2. E-mail: ami_kras@mail.ru

In survey there has been done the evaluation of the prolonged remissions of alcohol withdrawal syndrome pattern. The individual biological and personal characteristics impact on quality and dynamic of the pathopsychological disorders has been described. The factors predicted the prolonged remissions have been studied. The persistent stabilization process of pathopsychological disorders in remission has been concluded to be dependent on the biological faults of alcohol exchange. The active therapeutic treatment for about a year after the alcohol refusal including drug therapy and alcohol exchange methods is necessary to form prolonged remissions. Taking into account all above mentioned the necessity to find out the markers of degree of the specific biological damages and the ways of their adjustment determines the importance of the scientific search.

Key words: alcoholism, alcohol addiction, remission, clinic, disease pattern, alcohol abstinence.

Введение

Формирование и поддержание длительных терапевтических ремиссий при алкогольной зависимости диктуют задачу изучения фундаментальных закономерностей её течения. Патопсихологические и патофизиологические проявления в период ремиссии [2] являются мишенью терапевтического воздействия, и их компенсация – основная цель лечения.

Однако проведение терапевтических мероприятий в период ремиссии алкогольной зависимости сталкивается с рядом объективных затруднений. Набор психотерапевтических воздействий, особенно в отношении психодинамических компонентов, ограничен в силу низкого уровня порога реагирования пациентов на эмоциональные нагрузки [3]. Широко

применяемые в настоящее время фармакологические средства не позволяют уверенно корректировать болезненные психопатологические проявления в период ремиссии, а порой и вовсе не содействуют этому. В силу этих обстоятельств количество больных, приверженных полноценному длительному психо- и социотерапевтическому процессу, невелико.

Таким образом, изучение картины ремиссии алкогольной зависимости в совокупности её психопатологических и патофизиологических проявлений необходимо для разработки комплексной методологии лечения алкогольной зависимости, где применение фармакологических, психо- и социотерапевтических воздействий было бы структурировано с максимальной эффективностью.

Клинико-динамические проявления ремиссии алкогольной зависимости

Наиболее разностороннее описание ремиссионного процесса при алкогольной зависимости освещено в литературе с клинических позиций. Ремиссия алкогольной зависимости квалифицируется И. Д. Даренским (1997) как стойкая клиническая компенсация абстинентных проявлений при достижении нормативности баланса компонентов регуляторных систем. Автором выделено три этапа ремиссии: становление, плато и предрецидив. Этап становления ремиссии определяется как состояние, когда регуляторные «системы не восстановили своей мощности при достижении нормативности баланса компонентов». На этом этапе происходят регенеративные процессы: гиперкомпенсаторное увеличение продукции нейромедиаторов, ускоренного созревания клеток мозга и т. д., наблюдаются эпизодические психопатологические явления, в частности, обострения патологического влечения к алкоголю, неврозоподобные и психопатоподобные расстройства. Статус больного остается ситуационно обусловленным, т. е. у больного остаются низкая психическая толерантность и высокая реактивная лабильность. Длительность фазы в среднем около 30 суток.

В период плато ремиссии, по И. Г. Даренскому, течение метаболических процессов происходит в нормативном русле с известной устойчивостью к дестабилизирующим факторам – как внешним, так и внутренним. Клинически характеризуется устойчивой клинико-психологической компенсацией на уровне, соответствующем стадии заболевания. На неврозоподобной стадии алкогольной зависимости в фазу ремиссии преобладают неврозоподобные расстройства, церебрастенической – астенические явления, энцефалопатической – психоорганический синдром. Автор отмечает, что у длительно не пьющих больных алкоголизмом наблюдаются преходящие нервно-психические нарушения в виде аффективных расстройств и неоднородных астенических реакций, возникающие без видимой внешней причины. В ряде случаев аффективные сдвиги предшествуют или совпадают с актуализацией патологического влечения к алкоголю (ПВА) и рецидивом заболевания.

Патогенетический смысл предрецидива определяется как потеря стабильности метаболических процессов, потеря мощности или малая мощность. Состояние является клинической декомпенсацией с оживлением симптомов абстиненции. Клинически более всего эта фаза сходна у одних больных с фазой становления ремиссии, а у других, в тяжелых случаях, с фазой абстиненции. Длительность её 14 суток.

В более ранних работах О. Ф. Ерышевым (2002, 1995, 1988) выделены следующие этапы: формирование ремиссии, стабилизация ремиссии, сформировавшаяся ремиссия.

Этап формирования ремиссии начинается через 1–2 недели после последнего алкогольного эксцесса. Характеризуется постепенной редукцией аффективных и астенических расстройств, снижением интенсивности патологического влечения к алкоголю, которое в этот период времени может обостряться аутохтонно и под влиянием социально-дезадаптирующих факторов. Общая продолжительность этого этапа составляет от 4 до 6 месяцев.

Следующий этап стабилизации ремиссии характеризуется начальной реадaptацией к социальной среде на позициях трезвости. На этом этапе психическое состояние более стабильно, возникновение ПВА происходит под воздействием психотравмирующих факторов и сопровождается расстройствами невротического регистра с формированием астенических, псевдоабстинентных состояний. Этот этап длится до 1 года ремиссии. На данном этапе все ещё сохраняется неустойчивость состояния на клиническом, личностном, социальном уровнях. В конце этого этапа существует возможность рецидива вследствие ложной установки о сформировавшемся выздоровлении.

Этот этап переходит к состоянию, близкому к практическому здоровью, – этап сформировавшейся ремиссии. Эмоциональный фон в целом ровный, изменения провоцируются объективными конфликтными ситуациями либо социально травмирующими воздействиями. Аффективные нарушения невротического порядка, как правило, не ведут к появлению ПВА.

Я. Г. Гальперин (1971), описывая последовательность регресса симптомов болезни у больных во второй и третьей стадиях алкоголизма, отмечал, что вначале при отказе от употребления алкоголя имеют место повышенная раздражительность, сниженное или неустойчивое настроение, временами появляется первичное ПВА, периодически может возникать псевдоабстинентный синдром. В последующие 1–2 года указанные расстройства постепенно ослабевают. Одновременно постепенно сглаживаются симптомы алкогольной деградации. Чем продолжительнее ремиссия, тем полнее восстанавливается личность больного, сохраняются лишь стойкие, обусловленные органическим поражением девиации. В случае приема алкоголя быстро возобновляются симптомы алкоголизма. Лишь после 3–5 лет воздержания ремиссию можно считать достаточно стойкой, когда эпизодические приемы алкоголя обычно не сразу вызывают патологическое влечение и рецидив.

Исследования ремиссии у пациентов в условиях пеницитарных учреждений, проведенные О. Б. Бесединой (2007, 2006), позволили выделить ряд качественно отличающихся этапов ремиссии с позиций формы и выраженности поведенческих расстройств. У пациентов со второй и третьей

стадиями алкогольной зависимости описано три этапа ремиссии. Первый этап – вынужденной ремиссии. Характеризовался обострением патологического влечения к алкоголю. При этом в подавляющем большинстве случаев отмечалась субстанционная форма аддикции, т. е. дефицит субстрата (алкоголя) проявлялся почти исключительно симптомами патологического влечения с соответствующей клинической (психопатологической и поведенческой) картиной, с употреблением доступных психотропных средств. Длительность этого этапа определялась в среднем в течение одного года. Второй этап, по терминологии автора, – промежуточный, стабилизации ремиссии, длительностью от одного до трех лет, сопровождался сглаживанием психопатологической симптоматики и поведенческими нарушениями в форме так называемой несубстанционной аддикции [11]. Пациенты добивались удовлетворения эмоциональной напряженности в различных видах деятельности. Длительность этапа – от 1 до 3 лет ремиссии. Наконец третий этап – стойкая сформированная ремиссия с редукцией аффективных расстройств, твердой установкой на трезвость и разнообразными видами занятий. Этапу сформировавшейся ремиссии соответствуют сновидения нейтрального содержания, которые наблюдались на сроках воздержания от употребления алкоголя от 4,5–5 лет.

При этом до года ремиссии у пациентов периодически возникали псевдоабстинентные состояния, до 4 лет течения ремиссии у 100% обследованных отмечались депрессивные расстройства.

Л. К. Шайдукова (1986), основываясь на личностно-ориентированных критериях, выделяет также несколько этапов ремиссии по критерию происходящих личностных трансформаций пациентов после отнятия алкоголя. Первый этап – алкогольно-депривационный (до 6 мес.). Аффективные расстройства на этом этапе складываются из периодически возникающих дистимических, дисфорических, депрессивно-анестетических проявлений. На этом этапе они часто возникают спонтанно. Второй этап – формирования неалкогольных ориентаций, манифестации личностных расстройств (6–18 мес.). На этом этапе «выкристаллизовываются» астенические, обсессивно-фобические, истероформные расстройства, отражающие личностные особенности пациента. Третий этап (18–36 мес.) – закрепления неалкогольных ориентаций, появления сверхценного компонента нервно-психических расстройств, в котором на первый план выступают ипохондрические переживания. В связи с формированием сверхценного радикала расстройств, по её мнению, снижается тревожно-депрессивный компонент. Четвертый этап (свыше 36 мес.) – личностных девиаций. Ипохондрический радикал приобретает сверхценную окраску и выражается в деятельнос-

ти по укреплению своего здоровья. Астенические и обсессивно-фобические проявления становятся личностными приобретениями, которые трансформируют преморбидную характерологическую структуру личности.

Таким образом, из клинических наблюдений за ходом ремиссии можно заключить, что она не является однородным состоянием, проходя ряд последовательных стадий, имеющих собственные клинические, патофизиологические дефиниции. Динамическая составляющая выражается в том, что со временем происходит угасание специфических симптомов заболевания. В первую очередь угасают симптомы, связанные с биологической перестройкой организма: редукция признаков синдрома отмены алкоголя, снижение уровня вегетативного адренергического компонента с тревожной аффективной симптоматикой, расстройств мышления и волевой сферы. Субстантно ориентированные поведенческие реакции при обострениях ПВ на начальном этапе ремиссии в дальнейшем трансформируются в несубстантные аддикции, а позже пациенты занимают различными видами деятельности. Обострения ПВ и аффективных расстройств на ранних этапах ремиссии происходят спонтанно, на более поздних – психогенно обусловлены.

Указанные выше закономерности клинической картины ремиссии имеют универсальный характер по срокам развития и по клиническому течению. Однако существует ряд факторов, влияющих на эти закономерности.

Факторы, влияющие на течение ремиссии алкогольной зависимости

Л. К. Шайдуковой с сотр. (1986) были выделены три различных фактора, определяющих своеобразие и этапность клинической картины ремиссии алкогольной зависимости. На начальных этапах ремиссии (до 6 мес.) действует преимущественно алкогольный фактор, который представлен осознанным или бессознательным патологическим влечением к алкоголю, периодически актуализирующимся и обостряющимся в состоянии «сухого опьянения», «псевдоабстинентного синдрома», в снах с алкогольным содержанием. Преморбидный фактор, по мнению автора, имеет значение на этапе становления ремиссии, влияя на клиническую специфику психопатологических расстройств. Токсикоорганический фактор имеет влияние на всех этапах ремиссии, обуславливает церебростенический компонент психопатологических расстройств, определяется стойкими биологическими повреждениями в результате болезни (негативная симптоматика). Ниже мы рассмотрели сведения о ремиссии в зависимости от стадийности заболевания, личностных особенностей пациентов и степени органического поражения ЦНС.

Клиническая картина ремиссии алкогольной зависимости на разных стадиях

Классическое описание клинических закономерностей ремиссии в зависимости от стадий заболевания наиболее полно дано А. К. Качаевым (1983).

Особенности клинической картины ремиссии алкогольной зависимости в первой стадии характеризуются низкой вероятностью выявления астенического симптомокомплекса (20–25% случаев), который исчезает в период от 2–3 недель до 2–3 месяцев, редко возникают алкогольные изменения личности (10–15% случаев). Изменения личности (по типу заострения личностных черт и морально-этического снижения) редуцируются в течение 1–2 лет. Интенсивность патологического влечения к алкоголю низкая, часто не осознается больным, патологическое влечение провоцируется социально-бытовыми моментами.

Клиника ремиссии на второй стадии алкогольной зависимости характеризуется большей интенсивностью обострений ПВА и его спонтанностью. Имеет значение форма употребления алкоголя. В случае периодического регресс патологического влечения происходит быстрее и его обострения периодичны. В случае систематического употребления патологическое влечение носит постоянный характер и редуцируется медленнее [1]. На этом этапе в 6–8% случаев возможно появление псевдоабстинентного синдрома (в течение 1–1,5 года ремиссии), который развивается спонтанно либо под воздействием биологических факторов (переутомления, перенесенных инфекций). Астенический компонент представлен более широко. Гиперстенические проявления астении чередуются с гипостеническими с аффективной лабильностью, субдепрессией. В большинстве случаев астенический компонент исчезает к 6 месяцам ремиссии, но может сохраняться до года и более [12]. Изменения личности редуцируются через 1–2 года ремиссии [13].

Патологическое влечение к алкоголю в третьей стадии чаще обостряется спонтанно или на фоне раздраженно-депрессивных состояний. Характер обострения патологического влечения к алкоголю, также как и во второй стадии, коррелирует с формой употребления. В клинике ремиссии широко представлены спонтанные расстройства аффекта с дисфоричностью или депримированностью. У всех без исключения больных имеют место длительные астенические состояния с адинамическим компонентом, сочетающиеся с органической симптоматикой. Симптомы астении редуцируются через 1–2 года только в половине случаев. В течение длительного времени могут обостряться под влиянием различных факторов (простудные заболевания, психогении). Аффективные расстройства сопровождаются личностной деградацией, признаки которой практически не обратимы [10].

Ряд авторов отмечают, что аффективные колебания претерпевают обратное развитие в последнюю очередь. Они заметно ослабевают через 1–2 года ремиссии, но не исчезают самостоятельно. Аффективно-волевые расстройства вначале обусловлены церебрально-органическими механизмами, а в дальнейшем все более определяются психогенно-ситуационными факторами.

Наиболее нестойкие ремиссии характерны для третьей стадии алкогольной зависимости. По данным иностранных авторов, на стойкость ремиссии оказывают влияние уровень употребления алкоголя и связанные с этим проблемы [28].

Приведенная информация позволяет говорить о том, что с каждой последующей стадией возрастает тяжесть психопатологической симптоматики, увеличивается представительство «органического» психосиндрома. Спонтанные обострения психопатологических расстройств на ранних этапах коррелируют с хронобиологическими закономерностями употребления алкоголя.

Влияние на клинику ремиссии личностных особенностей

По сложившемуся мнению отечественных авторов [5, 10], преморбидные личностные особенности придают специфическую окраску клинической картине заболевания, в том числе и в период ремиссии. Наиболее выраженные черты личности на протяжении заболевания усиливаются и трансформируют характер до степени соответствующей психопатии. Клинический опыт в этой области разноречив и говорит о том, что психопатические черты могут как улучшать прогноз ремиссии, так и, напротив, усиливать выраженность психопатологических расстройств и снижать стойкость ремиссии.

Например, Л. К. Шайдукова (1986) указывает, что наличие в структуре личности ипохондрических черт может быть использовано с лечебной целью при терапевтическом формировании сверхценной идеи, основанной на опасении за свое здоровье.

Наличие в характере стенических черт в составе различных психопатий – эпилептоидной, шизоидной, с паранойяльными чертами также имеет неоднозначное влияние на картину ремиссии. С одной стороны, формирование основных симптомов синдрома зависимости у этих категорий происходит с относительно небольшой скоростью. С другой стороны, выраженность основных симптомов – патологического влечения, поведенческих расстройств, по мнению В. Б. Альтшуллера (2010), выше. Несмотря на это, значительная часть пролеченных пациентов (70%) дают ремиссии в течение года [10]. Описывая клинические особенности ремиссии у таких пациентов, Н. Н. Иванец (1984) указывал на то, что первые

3-4 месяца остаются признаки ПВА. В последующем, на протяжении 6–8 месяцев, их интенсивность значительно снижается. В этот период происходит смена увлечений (еда, работа, хобби). Стабилизация состояния происходит через 1–2 года ремиссии. Авторы пишут о социальной гиперкомпенсации таких пациентов в ремиссии. После завершения алкоголизации они значительную часть времени уделяют работе, часто добиваясь профессионального роста.

Причиной рецидива для больных с эпилептоидной акцентуацией чаще является психическая травма (в силу личностных особенностей – конфликт), с самого начала сопровождающаяся употреблением алкоголя в больших дозировках. Причиной рецидива у пациентов с шизоидной акцентуацией часто является чувство ущемленности при необходимости отказа от спиртного в значимой для пациента обстановке (банкет, презентация). Этап формирования рецидива у таких пациентов часто бывает растянутым во времени с постепенным наращиванием частоты и доз спиртного [5].

Устойчивость клинической картины ремиссии зависит от первичных аффективных расстройств, в частности, депрессии, уровня тревоги (реактивной и личностной) [6, 7, 8]. Пациенты с преморбидно высоким уровнем тревоги сохраняют его и в период ремиссии, что обуславливает для них высокий риск рецидива [4]. Многие авторы указывают на значимость астенических расстройств в ремиссии для качества её течения, которые сочетаются с депрессивным, тревожным, апатическим компонентами [8, 4]. Тесная связь с качеством и длительностью ремиссии имеет уровень невротических расстройств [9]. Наиболее прогностически неблагоприятным является их сочетание у пациентов с признаками органического психосиндрома.

Влияние органического поражения ЦНС на клинику ремиссии

В отечественной литературе, посвященной вопросам клиники ремиссии алкогольной зависимости, большое число работ посвящено влиянию на неё органического поражения центральной нервной системы.

Прогноз стойкости терапевтической ремиссии, с точки зрения З. Н. Болотовой с соавт. (1985), тесно связан с тремя клиническими вариантами рецидива: возникающего на фоне выраженных структурно-органических изменений со стороны ЦНС; на фоне выраженной социально-психологической дезадаптации; при их сочетании. Для клинической картины ремиссии также имеет значение длительность хронической алкоголизации, обуславливающая степень органического повреждения ЦНС.

Выявлено, что чем более выражены структурно органические повреждения ЦНС, тем более

злокачественно протекает болезнь в целом, тем неустойчивее картина ремиссии и, в свою очередь, хуже её прогноз. У пациентов, имеющих в преморбиде травмы ЦНС, перенесенные внутривутробно, в родах или в детстве, психопатии эпилептоидного, психастенического или неустойчивого круга, клиническая картина в ремиссии была представлена возбудимым, эйфорическим, дисфорическим, апатическим вариантами [4, 8, 14].

Обострения имеют периодический характер, вегетативные компоненты патологического влечения сохраняются на протяжении 2–3 лет ремиссии [26]. З. Н. Болотова с соавт. (1985) отмечают, что чем более выражен органический дефект ЦНС, тем явнее сезонность обострений патологического влечения к алкоголю. Явления декомпенсации наблюдаются в весенний и осенний периоды. Клиническая картина ремиссии в этих случаях характеризуется следующими вариантами нервно-психических расстройств: возбудимый, дисфорический, апатический и эйфорический [8]. При возбудимом варианте актуализация ПВА происходит на фоне вспышек злобы и гнева, сопровождающихся бурной реакцией протеста, яростью, криком, агрессией. При дисфорическом варианте ремиссии предвестниками рецидива служит тревожно-депрессивный фон настроения с периодически возникающими состояниями тоскливо-злобного аффекта, повышенной возбудимостью с гневливостью. Основной клинической симптоматикой наступающей декомпенсации апатического варианта ремиссии являются сонливость, пассивность, равнодушие и безучастность больных к окружающим, своей судьбе, будущему.

По мнению ряда авторов, соответствующая клиническая картина и установленные типы личности имеют неблагоприятный прогноз ремиссии [4, 8, 15].

При минимальных структурно-органических дефектах ЦНС личностные особенности пациентов соответствуют невротическим, психастеническим, астеническим, шизоидным чертам [15]. Н. Н. Иванец (2000) выделял невротические, шизоидные, астенодепрессивные, сенситивные, истерические типы ремиссии. При этом клинические варианты нервно-психических расстройств в ремиссии характеризуются как тревожно-ипохондрические, неврастеноподобные, астенодепрессивные, тревожно-депрессивные, тревожно-подозрительные [8, 14]. Л. К. Шайдукова (2006) определяла их как ипохондрический, обсессивно-фобический, паранойяльный, астенический варианты. Рецидивы тесно связаны с особенностями психосоциальной адаптации, повышенной чувствительностью к психогенным нагрузкам. В клинической картине ремиссии преобладают неврастеноподобные, тревожно-депрессивные состояния с быстрой утомляемостью, эмоциональной лабильностью, опасениями

за своё здоровье, за социальные последствия пьянства, сомнениями в эффективности лечения, навязчивым осмыслением прошлых ошибок, связанных с алкоголизацией, периодически возникающими мыслями о бесперспективности будущего. Для невротических типов характерны актуализация патологического влечения с борьбой мотивов и стремление к деятельности, снимающей напряжение [9]. Отмечено, что чем более выражен астенический компонент, тем реже определяется феномен борьбы мотивов при актуализации ПВА.

Таким образом, возникшая преморбидно либо в период течения заболевания органическая недостаточность ЦНС оказывает отрицательное влияние на психопатологические проявления в период ремиссии, снижая её качество и стойкость.

Факторы, влияющие на длительность ремиссии алкогольной зависимости

Положительное прогностическое влияние на длительность ремиссии имеют женский пол и более старший возраст [16, 18, 20, 24].

Большое значение, с точки зрения иностранных авторов, имеют установка пациента на полный отказ от спиртного [17, 19] (хотя эта точка зрения поддерживается не всеми [27]), самоэффективность как вера пациента в возможность достижения поставленной цели и готовность работы над этой целью [22, 24]. Важность психологических установок на качество ремиссионного процесса подчеркивает и О. Ф. Ерышев (1995), считая личностные характеристики, связанные с самоконтролем, интегрированностью личности, обеспечивающими установку на трезвость.

Большое значение для лечения алкогольной зависимости и формирования продолжительных ремиссий придается длительности лечения [21]. Чем более длительными и интенсивными являются лечебные мероприятия в первый год [25, 26], тем более высока вероятность продолжительного отказа от алкоголя. Среди лечебных мероприятий в первый год отказа от алкоголя – поддержание установки на трезвость, лечение импульсивности, депрессии, социальная поддержка [20]. Положительные результаты дает длительное участие в работе группы анонимных алкоголиков [24].

Ремиссия при алкогольной зависимости – это динамический процесс, основной биологической целью которого является стабилизация регуляторных систем организма до степени, позволяющей сохранять равновесие между ним и окружающей средой при минимальных энергетических затратах в отсутствие экзогенного алкоголя. Проведенный краткий обзор позволяет нам говорить о том, что время достижения такого состояния колеблется от 3 до 5 лет и зависит от ряда причин.

Динамический компонент клинической картины ремиссии обусловлен уровнем поврежде-

ния заинтересованных биологических структур. Именно этим можно объяснить возникающие на ранних этапах ремиссии состояния «сухой абстиненции», периодичность обострения состояния: в период ремиссии больные с периодической формой употребления алкоголя испытывают периодический дискомфорт в психовегетативном статусе как проявление актуализации потребности в алкоголе, больные с систематической формой имеют затяжные состояния субкомпенсации.

При прочих равных условиях длительность стабилизации больше у пациентов с органическим поражением головного мозга и у пациентов с большим стажем алкогольной болезни. На ранних этапах ремиссии обе группы больных демонстрируют наиболее яркие проявления психопатологических расстройств с выраженным дисфорическим, гиперстеническим компонентом, компульсивным влечением к алкоголю без борьбы мотивов. Напротив, пациенты с минимальными признаками церебральной дисфункции и небольшой длительностью заболевания имеют более сглаженную картину обострений с тревожно-депрессивными, невротическими проявлениями в эмоциональной сфере и обсессиями в части патологического влечения к алкоголю.

О высокой роли биологического фактора ярко свидетельствуют наблюдения за поведенческой составляющей ремиссии. В течение первого года лишения алкоголя поведение носит практически исключительно субстанционный характер, именно в этот период возникают проявления «сухой абстиненции». Компенсация возможна лишь при удовлетворении потребности в физиологически значимом субстрате в течение первого года ремиссии.

Учитывая результаты исследований отечественных и зарубежных авторов, представляется обоснованным проведение фармакотерапевтических мероприятий в течение первого года ремиссии.

Таким образом, перед исследователями стоит ряд важных задач. А именно разработка способов объективной оценки уровня специфического биологического повреждения при алкогольной зависимости, закономерности восстановления заинтересованных структур, поиск эффективных фармакотерапевтических способов компенсации в период субстанционной фазы ремиссии и разработка адекватных психотерапевтических воздействий с учетом личностной типологизации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В. Б.* Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – М.: «Имидж», 1994. – 216 с.
2. *Альтшулер В. Б.* Алкоголизм. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.
3. *Белокрылов И. В., Агибалова Т. В.* Вопросы дифференцированного применения психотерапевтических методов

в наркологии. Оценка эффективности психотерапии // Наркология: Национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 563–568.

4. *Болотова З. Н., Артемчук А. Ф., Мануйленко Ю. А.* Прогнозирование длительности терапевтических ремиссии, клиническая и социально-трудовая реабилитация больных хроническим алкоголизмом // Медико-биологические проблемы алкоголизма. – М., 1988. – С. 140–144.

5. *Гофман А. Г.* Клиническая наркология – М.: «Миклош», 2003. – С. 44–54.

6. *Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н.* Клинико-психологическая характеристика ремиссий при алкоголизме // Концептуальные вопросы наркологии: Сборник научных трудов / Под ред. к. м. н. И. А. Никифорова, к. м. н. В. Е. Пелипас, к. б. н. Т. В. Чернобровкина. – М., РГМУ, 1995. – С. 16–32.

7. *Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. Д.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. – СПб: издательство «ЭЛБИ-СПб», 2002. – 192 с.

8. *Ибатов А. Н., Бажин А. А.* Клинические варианты нервно-психических расстройств в ремиссиях при хроническом алкоголизме // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 92. № 2. – С. 91–93.

9. *Ибрагимова Ш. Х.* Клиническая характеристика эпизодов обострения патологического влечения к алкоголю в ремиссиях у больных алкоголизмом // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / Под ред. проф. М. Г. Гулямова. – Душанбе: издательство ЦК КП Таджикистана, 1991. – С. 112–113.

10. *Иванец Н. Н.* Симптомы и синдромы при алкоголизме // Лекции по наркологии. – М.: «Нолидж», 2000. – С. 97–115.

11. *Иванов В. Г.* Алкогольные ремиссии в свете общих механизмов аддикции // Концептуальные вопросы наркологии: Сборник научных трудов / Под ред. к. м. н. И. А. Никифорова, к. м. н. В. Е. Пелипас, к. б. н. Т. В. Чернобровкина. – Москва: РГМУ, 1995. – С. 56–58.

12. *Качаев А. К.* Значение поддерживающей терапии и ранней обращаемости в эффективности лечения хронического алкоголизма // Тезисы докладов Тамбовской областной конференции невропатологов и психиатров по борьбе с алкоголизмом. – Тамбов: Институт психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, 1971. – С. 152–155.

13. *Качаев А. К.* Ремиссии и рецидивы при алкоголизме // Алкоголизм (руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. – С. 188–203.

14. *Павлов Д. Г.* Влияние индивидуально-психологических особенностей на формирование ремиссии и рецидивов у больных с синдромом алкогольной зависимости // Ученые записки СПбГИПСР. – 2009. – Т. 11. № 1. – С. 142–147.

15. *Турсунходжаева Л. А., Муталибов Ш. А., Турсунходжаев М. Х.* Обратная клиническая динамика патологического влечения к алкоголю в период алкогольной ремиссии // Проблемы наркологии. – 1989. – С. 138–140.

16. *Bravo F., Gual A., Lligoña A., Colom J.* Gender differences in the long-term outcome of alcohol dependence treatments: An

analysis of twenty-year prospective follow up // Drug. alcohol. rev. – 2013. – V. 32. № 4. – P. 381–388.

17. *Bujarski S., O'Malley S. S., Lunny K., Ray L. A.* The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism // J. consult. clin. psychol. – 2013. – V. 81. № 1. – P. 13–34.

18. *Dawson D. A., Goldstein R. B., Grant B. F.* Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up // Alcohol. clin. exp. res. – 2007. – V. 31. № 12. – P. 2036–2080.

19. *Dunn K. E., Strain E. C.* Pretreatment alcohol drinking goals are Associated with treatment outcomes // Alcohol. clin. exp. res. – 2013. – Jun. № 25.

20. *Gilder D. A., Lau P., Corey L., Ehlers C. L.* Factors associated with remission from alcohol dependence in an American Indian community group // Am. j. psychiatry. – 2008. – V. 165. № 9. – P. 1172–1179.

21. *Grella C. E.* Regular primary care and specialty care as needed is associated with remission from alcohol and drug use disorders over 9 years // Evid. based. ment. health. – 2012. – V. 15. № 2. – P. 41.

22. *Kalaydjian A., Swendsen J., Chiu W. T., Dierker L., Degenhardt L., Glantz M., Merikangas K. R., Sampson N., Kessler R.* Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National comorbidity survey replication. compr. // Psychiatry. – 2009. – V. 50. № 4. – P. 299–306.

23. *McKellar J., Ilgen M., Moos B. S., Moos R.* Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years // J. subst. abuse. treat. – 2008. – V. 35. № 2. – P. 148–202.

24. *Moos R. H., Moos B. S.* Risk factors for nonremission among initially untreated individuals with alcohol use disorders // J. stud. alcohol. – 2003. – V. 64. № 4. – P. 555–617.

25. *Moos R. H., Moos B. S., Timko C.* Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders // Clin. med. res. – 2006. – V. 4. № 3. – P. 163–236.

26. *Muto T., Sunami T., Cho S., Miyashita A., Tsurumaru A., Yuzuriha T.* Treatment outcome of alcoholics in a general hospital alcoholic clinic: effects of adopting moderation as a practical treatment goal // Nihon arukoru yakubutsu igakkai zasshi. – 2013. – V. 48. № 1. – P. 47–57.

27. *Pang T. Y., Du X., Catchlove W. A., Renoir T., Lawrence A. J., Hannan A. J.* Positive environmental modification of depressive phenotype and abnormal hypothalamic – pituitary – adrenal axis activity in female C57BL/6J mice during abstinence from chronic ethanol consumption // Front pharmacol. – 2013. – № 4. – P. 93.

28. *Rumpf H. J., Bischof G., Hapke U., Meyer C., John U.* The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help // Eur. addict. res. – 2002. – V. 8. № 3. – P. 122–128.

29. *Satre D. D., Chi F. W., Mertens J. R., Weisner C. M.* Effects of age and life transitions on alcohol and drug treatment outcome over nine years // J. stud. alcohol. drugs. – 2012. – May. V. 73. № 3. – P. 459–526.