

На правах рукописи

ШАХОВ

Дмитрий Владимирович

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ
СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

14.01.30 – геронтология и гериатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

11 ДЕК 2014



005556532

Санкт-Петербург – 2014

Работа выполнена в лаборатории возрастной психопатологии
Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН
и в Республиканском наркологическом диспансере МЗ УР (РНД МЗ УР),
г. Ижевск

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент
Парфенов Юрий Александрович

Официальные оппоненты:

Прощаев Кирилл Иванович, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ДПО
«Институт повышения квалификации ФМБА» (ФГБОУ ДПО «ИПК ФМБА»),
профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины.

Дергунов Анатолий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор,
Федеральное государственное казенное военное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия
им. С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (ФГКВБОУ ВПО
«ВМедА им. С.М. Кирова»), профессор кафедры патологической физиологии.

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. Павлова
МЗ РФ)

Защита диссертации состоится **«22» декабря 2014 г. в 13.00 часов** на заседании
Диссертационного Совета в Санкт-Петербургском институте биорегуляции и
геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197119, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Санкт-
Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН
<http://www.gerontology.ru>.

Автореферат разослан **«20» ноября 2014** года.

Ученый секретарь

диссертационного Совета,
доктор биологических наук, профессор

Козина Людмила Семеновна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы.

В большинстве цивилизованных государств в настоящее время осуществляется процесс последовательной оптимизации качества жизни лиц пожилого и старческого возраста при одновременном и, к сожалению, неуклонном возрастании явления полиморбидности с наличием, как правило, нескольких патологических состояний на фоне постепенной инволюции базисных функций стареющего организма, вследствие чего у людей старших возрастных групп происходит угасание способности адекватной физиологической поддержки гомеостаза, ослабление противостояния различным стрессогенным ситуациям психологического и иного характера [Алешкина А.Г. и соавт. 2013; Жлоба А.А. и соавт. 2013; Макаров А.Б., Дергунов А.В., 2009; Макаров А.Б., Дергунов А.В., 2010]. В современной геронтопсихологической науке и практике геронтологии и гериатрии материалом активных форумов и дебатов стали проблемы определения детерминант, обуславливающих формирование и развитие состояний алкогольной зависимости у пациентов 60 лет и старше; обращает на себя серьезное внимание медиков, биологов, психологов и психотерапевтов наличие тенденций все более быстрого по времени оформления основополагающих клинических симптомокомплексов аддикции у лиц старшего возраста, преимущественно не имевших на протяжении предпензионного периода жизни тех или иных проблем с тягой к спиртосодержащим напиткам. [Халтурина Д.А., Коротаев А.В., 2006; Сидоров П.И., 2006; Цыган В.Н. и соавт., 2008].

В качестве необходимых условий, способствующих становлению, формированию и малигнизации патологического синдрома алкогольной зависимости (САЗ) чаще всего способны выступать комплексы взаимосвязанных и взаимообусловленных факторов психологического, социального и биологического (включая генетически обусловленные) порядка, детерминирующих возникновение на биохимической, нейрофизиологической, психологической и социальной платформе индивида непреодолимого влечения к алкогольсодержащим субстанциям [Бохан Н.А., 1996; Минко А.И., Линский В.И., 2004; Дереча Г.И., 2005; Князева Т.М., Шапиро Ю.Г., 2006; Сосин И.К. и соавт., 2008; Цыган В.Н. и соавт., 2008; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2006; Медведев Д.С., 2011; Лазебник Л.Б. и соавт., 2012].

Практически перед любым специалистом, работающим с клиентом и пациентом, имеющим САЗ, каждый раз актуальным становится вопрос о наличии и состоянии потенциала и ресурсов психического здоровья человека, а также об анализе диапазона индивидуального психопатологического реагирования; в то же время не до конца исследованной с методологических позиций современной медико-биологической системологии и клинической геронтологии остается проблема САЗ у лиц старших возрастных групп. Следует обратить особое внимание также и на группу людей пожилого возраста, которые стали злоупотреблять алкоголем еще в молодые годы и в средних возрастных периодах жизни; у таких лиц формирование базовых признаков САЗ (синдром отмены, патологическое влечение, запойные формы, поведенческие отклонения) осуществлялось, как правило, в возрасте 30-40 лет [Артемчук А.Ф. и соавт., 2004; Сосин И.К. и соавт., 2008; Ильницкий А.Н., и соавт., 2010; Почитаева И.П., Голубева А.П., 2012].

Все приведенное выше представляет актуальный практический интерес для уточнения клинико-психопатологических особенностей алкоголизма у лиц пожилого возраста как важнейших составляющих диагностического процесса и эффективной лечебно-реабилитационной помощи, что и обусловило выбор темы настоящего исследования.

Цель работы: осуществить анализ клинико-психопатологических детерминант синдрома алкогольной зависимости и оценить вклад симптоматической психотерапии в комплексной коррекции психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя у лиц пожилого возраста.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. По данным клинико-психопатологического исследования выявить особенности психического здоровья и провести анализ клинико-психопатологических детерминант реагирования у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости.
2. На основе данных эпидемиологического анализа оценить распространенность и структуру различных форм психопатологической симптоматики у пациентов различных возрастных групп с синдромом алкогольной зависимости.
3. С помощью методов многомерного математико-статистического (регрессионного) моделирования провести анализ взаимосвязи психического статуса и клинической картины алкогольной зависимости у пациентов различных возрастных групп.
4. Оценить вклад симптоматической психотерапии в комплексной коррекции психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя у пациентов различных возрастных групп.

Научная новизна и теоретическая значимость работы

Впервые выявлены особенности возрастной специфики уровней напряженности мотивов употребления этанола пациентами с алкоголизмом в пожилом возрасте в сравнении с лицами молодого и среднего возраста. Установлен превалирующий гедонистический репертуар патологической мотивации у лиц с алкоголизмом в пожилом возрасте и преобладание у них симптоматической атарактической и гиперактивационной мотивации, посредством которой осуществляется коррекция гипотимической и астенической симптоматики.

Впервые обоснована квалитетическая значимость показателей тестов СМЛ, Прогноз-2 и 16 ФЛЮ в оценке тяжести алкогольной зависимости у больных пожилого возраста в сравнении с пациентами более молодых возрастных групп.

Новыми в представленном исследовании являются данные о распространенности психопатологической симптоматики, ассоциированной с алкоголизмом в пожилом возрасте в рамках нозологического стереотипа развития психических и поведенческих расстройств: расстройства аффективной сферы; эмоционально-идеаторная патология; нарушения поведенческого конструкта, с учетом степени глубины диссоциации, особенностей личности, темпа диссоциации, психосоматических характеристик.

Впервые обоснована и разработана эффективная многомерная математико-статистическая (регрессионная) модель оценки и прогнозирования развития

психических расстройств и поведенческих дисфункций, обусловленных употреблением этанола, у лиц пожилого возраста в сравнении с лицами более молодого возраста.

Практическая значимость

Совокупность представленных данных по дифференциации клинко-психопатологической симптоматики у лиц пожилого возраста, имеющих алкогольную зависимость, в сравнительном отношении с пациентами иных, более молодых по возрасту групп, существенно расширяет возможности клинических подходов по оптимизации мероприятий при оказании эффективной медико-социальной помощи этим пациентам.

Обоснован комплекс высокоинформативных достоверных показателей клинко-психофизиологических тестов (эмоциональная устойчивость, зависимость, самоконтроль, напряженность, мужественность, ригидность, тревожность, активность и нервно-психическая уравновешенность), позволяющих четко идентифицировать индивидуально значимый тип патологической мотивации при алкогольной зависимости у лиц в пожилом возрасте в сравнении с больными более молодого возраста. На базе комплекса представленных достоверных показателей разработаны научно-обоснованные рекомендации по динамическому контролю эффективности психотерапии алкогольного абстинентного синдрома у контингента больных старших возрастов.

Выявлены детерминирующие клинические симптомокомплексы алкогольной зависимости у пациентов пожилого возраста: с превалированием депрессивной симптоматики; с развитием астенического радикала; с наличием акцентуации тревожной симптоматики; с преимущественно обсессивными клиническими проявлениями; с неадекватной психической адаптацией; исследованы манифестные проявления, возрастные особенности и общая структура психопатологической симптоматики коморбидной аддиктивной патологии у пациентов пожилого возраста с алкогольной зависимостью в сравнении с лицами молодого и среднего возраста.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Алкоголизм у лиц пожилого возраста, в отличие от лиц более молодых возрастных групп, манифестирует как сложное синдромальное расстройство, которое, с одной стороны, менее значимо, чем у молодых, но все же устраняет физический и психический дискомфорт, с другой же – несколько активизирует проявления жизнедеятельности пожилых людей, служа своеобразным корректором астенической симптоматики без деформации ценностной и когнитивной сфер личности при детерминации этанольной аддикции, более основательно, чем у представителей молодого возраста, проявляясь изменениями таких квалитетических показателей: эмоциональная устойчивость, зависимость, самоконтроль, напряженность, мужественность, ригидность, тревожность, активность, и нервно-психическая уравновешенность, позволяющими четко дифференцировать конкретный тип патологической мотивации злоупотребления алкоголем именно в пожилом возрасте.

2. Психопатологическая симптоматика у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости детерминирована аффективной патологией и невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами,

которые занимают первое и второе ранговые места, соответственно, в структуре психопатологических изменений у данного контингента, а также расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте, занимающими третье ранговое место.

3. У пациентов молодого и среднего возраста с синдромом алкогольной зависимости отмечается сходная картина частоты проявления аффективной симптоматики с пациентами пожилого возраста, которая максимально представлена в структуре психопатологических изменений и занимает первое ранговое место, однако, в отличие от пациентов пожилого возраста, второе ранговое место занимают расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, которые сопряжены с длительно существующими, глубокими и стойкими расстройствами характера, дезадаптивными моделями поведения, затрагивающими различные сферы психической деятельности, часто, но не всегда, сочетающиеся с различной степенью субъективного дистресса; на третьем ранговом месте у данного контингента располагаются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

4. Многомерная математико-статистическая (регрессионная) технология оценки вклада клинико-психопатологических детерминант в развитие психических расстройств и нарушений поведения, связанных с употреблением алкоголя у пациентов различных возрастных групп, позволяет установить значимость каждого компонента, их суммарную задействованность и существенно персонализировать эффективность психотерапии психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением этанола.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 21 научная работа, из них 4 статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки РФ, 17 тезисов докладов. Все результаты и положения диссертационного исследования полностью отражены в публикациях.

Апробация работы. Результаты и основные положения проведенного исследования были доложены и обсуждены на международной научно-практической конференции «Актуальные психолого-педагогические и медико-социальные проблемы социума и безопасности жизнедеятельности» (Международный институт резервных возможностей человека. СПб, 2011); международной научно-практической конференции «Никифоровские чтения» (ВЦЭРМ, 2012); международной научно-практической конференции «XII Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» (СЗУ им. И.И. Мечникова, 2012); научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» (СПб, 2012); научной конференции «Фундаментальные проблемы геронтологии и гериатрии» (СПб, 2014) международном форуме «Старшее поколение» (СПб, 2014).

Личный вклад автора. Основные результаты (планирование исследования, выбор и обоснование методик исследования, сбор, обработка и интерпретация данных, подготовка выводов и рекомендаций) получены лично автором, как и их анализ с применением современных методов статистической обработки.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии, включающей 180 названий, из которых 26 – на иностранном языке. В работе имеется 5 рисунков и 13 таблиц. Общий объем работы составляет 145 страниц машинописного текста.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Решение поставленных в работе задач осуществлялось путем проведения комплексного исследования, включавшего психопатологическое, клинко-физиологическое и психофизиологическое обследование 116 пациентов пожилого возраста от 61,2 до 74,8 лет (средний возраст $67 \pm 7,3$ лет), из которых 93 мужчины и 23 женщины с установленным диагнозом психического расстройства и расстройства поведения, связанных с употреблением алкоголя (критерии МКБ-10). Также было обследовано 48 пациентов молодого и среднего возраста от 22,3 до 60,6 лет (средний возраст $41,6 \pm 15,8$ лет) с сопоставимой психопатологической симптоматикой: из них 33 мужчины и 15 женщин, составивших контрольную группу. Больные обеих групп проходили лечение в Республиканском наркологическом диспансере МЗ УР (РНД МЗ УР), г. Ижевск в 2008-2012 гг.

Таблица 1

Структура психической патологии у пациентов разного возраста с синдромом алкогольной зависимости и распределение ее в общей выборке и с учетом стадии синдрома алкогольной зависимости

Психические расстройства (класс)	Обследованные группы пациентов по стадиям алкогольной зависимости						
	1 стадия (%)		2 стадия (%)		3 стадия (%)		
	Пациенты молодого и среднего возраста	Пациенты пожилого возраста	Пациенты молодого и среднего возраста	Пациенты пожилого возраста	Пациенты молодого и среднего возраста	Пациенты пожилого возраста	
Расстройства настроения (аффективные расстройства)	27,1	27,6	22,9	23,3	14,5	14,5	
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	12,5	14,6	29,1	29,0	10,4	7,1	
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	8,3	7,2	20,8	18,9	18,7	21,2	
Всего	47,9	49,4	72,8	71,2	43,6	42,1	

Отобранные для исследования лица являлись частью того массива пациентов с

алкоголизмом, которому автор оказывал помощь в течение последних 7 лет. Лично было проведено полных курсов лечения в амбулаторных условиях 1947 больным алкоголизмом (85,6% мужчин и 14,4% женщин). У большинства из них длительность злоупотребления алкоголем была более 8 лет, а у 28% - более 10 лет.

Значения уровней психопатологической симптоматики коморбидной психическому расстройству, связанному с употреблением алкоголя в пожилом возрасте по описанным классам, занимающим лидирующее положение в структуре психической патологии по стадиям алкогольной зависимости у пожилых пациентов, представлены в таблице 1.

Из обследования были исключены пациенты с различными наследственными отягощениями, а также перенесшие экзогенно-органические воздействия и заболевания сопутствующего характера, не являющиеся следствием хронической алкогольной интоксикации.

Основными критериями включения были:

1. Продолжительность мониторингового наблюдения не менее 3-х лет, чтобы можно было лично наблюдать динамику изменений психопатологической сферы пациентов. В среднем длительность изучения больных составила 3,8 года.

2. Однородность наблюдавшихся лиц основной группы и группы сопоставления в гендерном аспекте и в возрастных диапазонах. В основные задачи исследования не входило детальное изучение особенностей женского алкоголизма в пожилом возрасте; преимущественное внимание в работе нами было уделено комплексным исследованиям синдрома алкогольной зависимости пожилых лиц мужского пола, поскольку квота таковых составляла более 85% среди всех наблюдавшихся нами пациентов.

3. Адекватность выборки по всем этапам развития алкогольной болезни, что позволило конгруэнтно оценить полноту синдрома зависимости и выявить ключевые тренды и доминирующие тенденции в психопатологической сфере исследовавшихся контингентов основной и контрольной групп.

4. Соответствие клинических проявлений диагностическим критериям МКБ-10: «синдрому зависимости» (F10.2), в том числе с абстиненцией, т.е. «состоянием отмены» (F10.3).

Общая выборка пациентов пожилого возраста с диагнозом алкогольной зависимости в соответствии с критериями М.Г. Пятова и Н.Г. Шумского (1986) была разделена на две подгруппы, где у пациентов первой подгруппы (А) сформировался развернутый синдром алкогольной зависимости до 50 лет (алкоголизм более раннего возраста, $n=59$), во второй же подгруппе (В) – развернутый синдром алкогольной зависимости сформировался после 50 лет (алкоголизм более позднего возраста $n=57$).

Клинико-психопатологическое изучение больных, включая субъективный и объективный анамнезы, особенности развития и динамики болезни, проводилось в соответствии с принципами, разработанными А.В.Снежневским (1999), Н.И.Карпан et В.С.Садок (1996) и другими адептами клинического метода в научном исследовании.

Клинико-психофизиологические особенности личности пациентов исследовали с применением психофизиологических и клинических методик [методика анализа системной структуры мотивов потребления алкоголя (МПА) «методика шкалирования

оценки МПА» В.Ю.Завьялова; тест смысловых ориентаций (СЖО) Джеймса Крамбо (Crumbaugh J., 1968) и Леонарда Махолика в адаптации Д.А. Леонтьева; шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale – CGI) в адаптации Белова В.Г.; многофакторный личностный опросник МЛЮ «Адаптивность»; методика КОС (коммуникативные и организаторские способности); анкета «Прогноз-2»; интеллектуальный тест Вандерлика; тест СМИЛ; 16-факторный личностный опросник; шкала (HDRS) Гамильтона].

В исследовании оценки эффективности психотерапии синдрома алкогольной зависимости приняли участие (на основе информированного согласия) 39 больных пожилого возраста (основная группа) с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя», вторая стадия (F 10.22.2), из них подгруппа пациентов с алкоголизмом в пожилом возрасте, сформировавшемся до 50-ти лет (подгруппа А) включала 19 больных, и подгруппа пациентов с алкоголизмом, сформировавшемся после 50-ти летнего возраста (подгруппа В) включала 20 больных. Контрольную группу составили 38 пациентов молодого и среднего возраста с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя», вторая стадия (F 10.22.2), проходивших стационарный курс лечения в клинике.

Клиническая картина алкогольной зависимости у подавляющего числа больных характеризовалась полностью сформированными тремя наркоманическими синдромами: психической, физической зависимости и измененной реактивности.

Из исследования исключались больные с выраженной соматической и неврологической сопутствующей патологией неалкогольного генеза, хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. При оценке спектра терапевтической активности телесно-ориентированной психотерапии использовались адаптированные шкалы оценки тяжести психопатологических, неврологических и соматовегетативных расстройств в абстинентном синдроме и в постабстинентном состоянии, а также шкала общего клинического впечатления [Иванец Н.Н., 2001]. Проверялась достоверность терапевтических изменений психопатологических и соматоневрологических расстройств под влиянием телесно-ориентированной психотерапии в сравнении с традиционным лечением по 4-х бальной шкале, где 0 - отсутствие симптома, 1 - слабо выраженный симптом, 2 - средне выраженный симптом и 3 - значительно выраженный симптом. Различия средних величин, а также корреляционные связи признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Терапевтические детоксикационные программы в обследуемых группах были максимально стандартизированы, больным основной группы дополнительно проводилась телесно-ориентированная психотерапия по 1 сеансу в день, курс терапии 21 день. Лечение синдрома отмены было комплексным и включало проведение соответствующих общепринятых медикаментозных мероприятий.

Обследование больных с изучением динамики купирования психопатологической и соматоневрологической абстинентной симптоматики осуществлялось в день поступления в дневной стационар (1-я контрольная точка), в дальнейшем – на 7 день лечения (2-я контрольная точка), на 21 день лечения (3-я

контрольная точка – день выписки из дневного стационара под наблюдение участкового психиатра), и спустя 35 дней после выписки из дневного стационара (4-я контрольная точка).

Выбор тем и техник телесно-ориентированной психотерапии определялся исходя из оценки потребностей группы, а также общих задач коррекции и профилактики абстинентной симптоматики. Кроме того, применение некоторых приемов и техник групповой работы служило задаче профилактики аддиктивной патологии. Процесс групповой телесно-ориентированной психотерапии включал следующие три основных этапа: (1) этап исходной диагностики и формирования терапевтических и групповых отношений; (2) основной этап, ориентированный на реконструкцию личности и гармонизацию системы отношений пациентов; (3) завершающий этап.

В 2008-2013 годах нами было проведено эмпирическое исследование клинико-психопатологических детерминант синдрома алкогольной зависимости в пожилом возрасте по перечисленным методикам.

Статистическая обработка результатов исследования включала расчет параметров вариации признаков, сравнение средних двух выборок по t-критерию Стьюдента; U-критерию Манна-Уитни; H-критерию Краскала-Уоллеса. Анализ взаимосвязи исследуемых переменных проводился при помощи корреляционного и множественного регрессионного анализа. Материалы, содержащиеся в формализованных программах исследования, были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных была выполнена с использованием программы «Statistica», версия 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В современной медицине утвердился биопсихосоциальный парадигма, в соответствии с которой алкоголизм рассматривается как процессуальное полиэтиологическое заболевание [Иванец Н.Н., 2001; Сидоров П.И., Ишеков Н.С., Соловьев А.Г., 2006 и др.]. В формировании зависимости от алкоголя участвуют одновременно факторы биологические, социальные и психологические. Все они создают у личности определенное мотивационное напряжение по отношению к алкоголю. Мотивация является одним из важнейших аспектов формирования алкогольной зависимости.

Методика шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя (МПА), предложенная В.Ю.Завьяловым (1988), соответствует биопсихосоциальному принципу исследования. Результаты данных исследований МПА представлены в таблице 2.

Установлено, что изученные нами пациенты пожилого возраста существенно отличаются степенью напряжения и структурой МПА, а также ранжированием признаков МПА по степени их вероятности (т.е. мотивационным профилем по Сидорову П.И.) от исследованных пациентов молодого и среднего возраста.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, социально-психологическая триада мотивов потребления алкоголя была более значимо представлена у обследованных пациентов молодого и среднего возраста; чаще всего это были традиционные и субмиссивные мотивы, а псевдокультуральный мотив у этих лиц был выявлен лишь в единичных случаях.

Таблица 2

**Показатели напряжения и структура мотивов потребления алкоголя у
обследованных пациентов различных возрастных групп**

МПА (триады и шкалы)	Группа пациентов молодого и среднего возраста	Подгруппа пациентов пожилого возраста с алкоголизмом, сформировавшимся в возрасте до 50-ти лет (подгруппа А)	Подгруппа пациентов пожилого возраста с алкоголизмом, сформировавшимся в возрасте старше 50-ти лет (подгруппа В)
	баллы	баллы	баллы
Социально-психологические мотивы:			
- традиционные	7,1±1,3	6,8±0,9	4,3±0,5*(**)
- субмиссивные	8,5±0,5	8,7±1,4	3,8±0,4*(**)
- псевдокультуральные	1,8±0,3	2,1±0,7	2,1±0,3
Личностные мотивы:			
- гедонистические	9,8±1,0	12,6±0,8*	6,6±0,3*(**)
- атактические	7,0±0,6	5,5±1,6	11,3±1,8 *(**)
- активирующие	7,3±0,9	6,1±0,7	9,6±1,1*(**)
Потребностные мотивы			
- похмельные	11,6±1,7	12,6±1,3	5,2±1,9*(**)
- аддиктивные	7,9±2,5	7,7±0,8	8,1±3,4*(**)
- аутоагрессивные	6,6±1,8	7,3±1,7	5,1±2,0
Всего:			
Мотивационное напряжение (кол-во баллов на 1 человека)	64,3±6,9	66,9±8,4	58,3±7,7

Примечание: * – отличия достоверны от группы пациентов молодого и среднего возраста; ** – отличия достоверны от пациентов подгруппы А; *** – отличия достоверны от пациентов подгруппы В.

В личностной триаде мотивов чаще всего у пациентов молодого и среднего возраста, а также у пациентов с алкоголизмом, сформировавшимся в более раннем возрасте (до 50-ти лет) (подгруппа А) наблюдались преимущественно гедонистические мотивы, а у пациентов с алкоголизмом, сформировавшимся старше 50-ти летнего возраста (подгруппа В) – атактические мотивы, посредством которых осуществлялась коррекция гипотимической симптоматики; на втором месте по частоте в общей выборке были мотивы гиперактивности. Патологическая мотивация значительно чаще встречалась у пациентов молодого и среднего возраста с алкоголизмом, причем резко превалировал абстинентный ее тип.

Согласно полученным нами данным, алкоголизм, сформировавшийся в более старшем возрасте (у лиц старше 50-ти лет) проявляется как выраженное синдромальное интегративное патологическое расстройство, затрагивающее в той или иной степени практически все структурно-функциональные сферы индивида, на короткое время купирующее состояние физический и психической неудовлетворенности, а также несколько интенсифицирующее жизнедеятельность пациентов, являясь непродолжительное время корректором довольно быстро развивающейся астенизации у обследуемых больных.

Таким образом, мотивы потребления алкоголя в значительной степени оказываются детерминированными возрастом. Так, для обследуемых пациентов с синдромом алкогольной зависимости молодого и среднего возраста были характерны первая и вторая триада мотивации, а для пациентов пожилого возраста, начавших злоупотреблять после 50-ти лет, - вторая триада, что свидетельствует о различных типах психопатологических процессов, лежащих в основе развития алкогольной зависимости.

Клинико-психопатологические детерминанты алкогольной зависимости у лиц пожилого возраста

Следующий этап диссертационного исследования был посвящен выявлению клинико-психопатологических особенностей пациентов пожилого возраста с алкогольной зависимостью, а также оценке информативности психодиагностических методик для прогноза развития аддиктивной патологии в пожилом возрасте. Для этого было обследовано 116 пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости (подгруппы А и В).

Анализируя результаты, полученные при обследовании пациентов с синдромом алкогольной зависимости, мы смогли установить наличие трех вариантов психопатологического реагирования в условиях повышенных социально-психологических требований (астено-депрессивный тип реагирования; истеро-возбудимый тип реагирования; аффективно-эксплозивный тип реагирования). Данные варианты были выделены с целью прогнозирования возможных реакций пациентов пожилого возраста в общих для всех условиях повышенных социально-психологических требований, которые могли стать индивидуально-экстремальными для различных членов той или иной подгруппы пациентов.

Данные математико-статистического сопоставления показателей психологических тестов у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости в сравнении с пациентами более молодого возраста, позволили выявить их индивидуально-психологические особенности и определить информативность использованных в работе тестов.

Феноменология психопатологической симптоматики и эпидемиологические особенности пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости

Для выявления эпидемиологических особенностей распространенности психопатологической симптоматики у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости были диагностированы следующие блоки психопатологической симптоматики (в порядке убывания частоты): расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (таблица 3).

Результаты клинико-психопатологического исследования пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости показали, что психические расстройства у них диагностируются еще на первой стадии заболевания и бывают в разных сочетаниях представлены тремя основными синдромами: астеническим, депрессивным и обсессивно-фобическим, нередко являясь дебютными клиническими проявлениями болезни.

Таблица 3

Ранговые места психопатологических изменений у пациентов молодого, среднего и пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости

Психические расстройства (класс)	Пациенты молодого и среднего возраста		Пациенты пожилого возраста	
	Частота выявленной патологии (%)	Rm	Частота выявленной патологии (%)	Rm
Расстройства настроения (аффективные расстройства)	68,6	1	65,4	1
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	49,3	3	50,7	2
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	52,4	2	47,3	3

Психопатологическая симптоматика у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости в значительно более выраженном удельном весе, чем у лиц молодого и среднего возрастов, представлена расстройствами аффективной сферы; эмоционально-идеаторной патологией и патологией поведенческого конструкта.

У пациентов молодого и среднего возраста с синдромом алкогольной зависимости отмечается сходная психопатологическая симптоматика, которая максимально представлена расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте.

Сравнительный в возрастном отношении анализ структуры психопатологии среди обследуемых пациентов молодого и среднего возраста показал, что первое ранговое место принадлежит расстройствам настроения (аффективным расстройствам), второе – нарушениям личности и поведения; а третье – невротическим, связанным со стрессом и соматоформными расстройствами.

Таким образом, и у пациентов пожилого и у пациентов молодого и среднего возраста чаще выявлялись симптомы аффективного регистра.

Общими для обследованных пациентов с синдромом алкогольной зависимости были разного рода аффективные реакции, а также проявления гипотимии с преходящей тревогой, чувством беспомощности, «оцепенелости», ощущением апатии с элементами дисфорического аффекта.

Аффективные расстройства у наблюдавшихся пациентов были непосредственно обусловлены патологическим состоянием острой алкогольной интоксикации и проявлениями синдромов психической и физической зависимости, а также измененной реактивности, манифестировавшимися существенной нестабильностью всей аффективной сферы.

Результаты оценки психофизиологических особенностей пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости по данным тестов СМИЛ, 16 ФЛО, КОТ, Прогноз-2

Для изучения клинко-психофизиологических особенностей личности пациентов с синдромом алкогольной зависимости было проведено их исследование с помощью

общепринятых психофизиологических тестов СМЛ, 16 ФЛО и КОТ (краткий ориентировочный интеллектуальный тест, модифицированный вариант теста Вандерлика).

Полученные данные были подвергнуты математико-статистической обработке. С помощью t-критерия Стьюдента, непараметрических критериев и корреляционного анализа были выявлены валидные показатели диагностических тестов.

Анализируя результаты математико-статистической обработки и исходя из значения величины достоверности (p), можно выделить информативные ($p < 0,05$) показатели. К ним относятся те, которые характеризуют такие свойства личности, как: эмоциональная устойчивость (фактор «С» 16 - ФЛО); расслабленность-напряженность (фактор «Q4» 16 - ФЛО); смелость, тревожность, зависимость и самоконтроль (факторы «Н», «О», «Q2», «Q3» 16 - ФЛО); низкая депрессия, тревожность, мужественность и активность (шкалы «D», «Pt», «Mf» и «Ma» СМЛ); а также продуктивность умственной деятельности, гибкость мыслительных процессов; способность к анализу информации и концентрации внимания (тест КОТ). Кроме того, информативными являются и показатели психологического теста Прогноз-2, характеризующего уровень нервно-психической неустойчивости.

Таким образом, степень тяжести алкогольной зависимости у пациентов пожилого возраста в сравнении с пациентами молодого и среднего возраста достоверно коррелирует с показателями тестов СМЛ, Прогноз-2 и 16 ФЛО, характеризующих индивидуально-психологические особенности личности. Наибольший вклад в совокупность выявленных связей вносят психофизиологические показатели, характеризующие эмоциональную устойчивость, зависимость, самоконтроль, напряженность, мужественность, ригидность, тревожность, активность, а также нервно-психическую уравновешенность, позволяющих дифференцировать конкретный тип патологической мотивации к потреблению алкоголя у пациентов пожилого возраста.

Несмотря на статистическую обоснованность рассмотренных корреляционных связей (от $p < 0,05$ до $p < 0,01$), они характеризуются, как правило, умеренно выраженными значениями (от 0,26 до 0,36).

Это свидетельствует о многозначных связях со степенью тяжести алкогольной зависимости у пациентов пожилого возраста и показателями тестов, а также указывает на необходимость использования методов многомерного математического моделирования для разработки диагностического алгоритма прогноза степени тяжести алкогольной зависимости у пациентов пожилого возраста.

Взаимосвязь психического статуса и клинической картины психического расстройства, поведения у пациентов пожилого возраста, связанного с употреблением алкоголя

На следующем этапе диссертационного исследования был применен корреляционный и регрессионный анализы, которые позволяли оценить не только взаимосвязь (корреляция) исследуемых феноменов (психический статус и тяжесть течения психического расстройства и нарушений поведения, связанного с употреблением алкоголя), но и их относительную значимость (регрессия). Корреляция оценок выраженности астенических, обсессивно-фобических и аффективных

расстройств со степенью тяжести алкоголизма по показателю шкалы оценки тяжести состояния CGI показала, что выраженность и тяжесть проявления основных компонентов психопатологической симптоматики у пациентов с синдромом алкогольной зависимости были тесно и статистически достоверно связаны с самим психогенезом алкоголизма.

Определение относительной значимости основных компонентов было проведено нами с помощью многомерного линейного регрессионного анализа методом построения регрессионной модели развития алкогольной зависимости на структуре наиболее информативных факторов (подсистем, компонентов) CGI. При этом коэффициенты регрессии при одноуровневых или нормированных (нами использовалась 5-балльная шкала экспертных оценок основных симптомов психопатологических синдромов у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости, разработанная на основе Мюнхенского теста алкоголизма) (Münchener Alkoholismustest, MALT) значения переменных являлись индикаторами валидности каждой из подсистем по отношению к уровню выраженности симптоматики по CGI.

Регрессионная модель зависимости степени тяжести алкогольной зависимости по данным шкалы CGI и патогенеза психопатологической симптоматики от уровня выраженности основных ее компонентов на выборке из 116 пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости выглядела следующим образом:

$$Z=0,211 \times X1 + 0,220 \times X2 + 0,170 \times X3 + 0,201 \times X4 + 0,154 \times X5,$$

где: Z – диагностический критерий тяжести алкогольной зависимости (итоговое значение регрессионной функции по данным CGI-SI);

X1 – депрессивная симптоматика;

X2 – астеническая симптоматика;

X3 – тревожная симптоматика;

X4 – обсессивная симптоматика;

X5 – психическая адаптация.

По данным регрессионной модели у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости степень тяжести состояния на 58% сопряжена с психопатологической симптоматикой (депрессивная симптоматика; астеническая симптоматика; тревожная симптоматика; обсессивная симптоматика), суммарное значение их диагностических коэффициентов равно 0,802. Таким образом, патогенез алкогольной зависимости тесно связан с активацией психопатологической симптоматики, влияющей на формирование внутренней картины болезни и определяющей развитие аддиктивной патологии у пациентов пожилого возраста.

Регрессионная модель зависимости степени тяжести алкогольной зависимости по данным шкалы CGI и патогенеза психопатологической симптоматики от уровня выраженности основных ее компонентов на выборке из 48 пациентов молодого и среднего возраста с синдромом алкогольной зависимости выглядела следующим образом:

$$Z=0,223 \times X1 + 0,209 \times X2 + 0,164 \times X3 + 0,179 \times X4 + 0,225 \times X5,$$

где: Z – диагностический критерий тяжести алкогольной зависимости (итоговое

значение регрессионной функции по данным CGI-SI);

- X1 – депрессивная симптоматика;
- X2 – астеническая симптоматика;
- X3 – тревожная симптоматика;
- X4 – обсессивная симптоматика;
- X5 – психическая адаптация.

По данным регрессионной модели у пациентов молодого и среднего возраста с синдромом алкогольной зависимости степень тяжести состояния на 63% сопряжена с психопатологической симптоматикой (депрессивная симптоматика; астеническая симптоматика; тревожная симптоматика; обсессивная симптоматика), суммарное значение их диагностических коэффициентов равно 0,775. Таким образом, в патогенезе алкогольной зависимости в молодом и среднем возрасте значительно больший вклад вносит состояние адаптации (социальной, психологической, физиологической), которое сопряжено с тенденциями ухода от объективной реальности и является определяющим в развитии зависимого поведения.

Оценка эффективности психотерапии синдрома алкогольной зависимости у пациентов различных возрастных групп

При использовании показателя редукции суммарного рейтинга баллов шкалы Гамильтона к окончанию курса терапии в общей группе пациентов, получавших психотерапию, были выделены две группы: 47 (61%) пациентов были включены в группу №1 респондеров (отмечался ответ на медикаментозную терапию), 30 (39%) пациентов были включены в группу № 2 нонреспондеров (не выявлен ответ на медикаментозную терапию), которые также были распределены по возрастам (рис. 1).

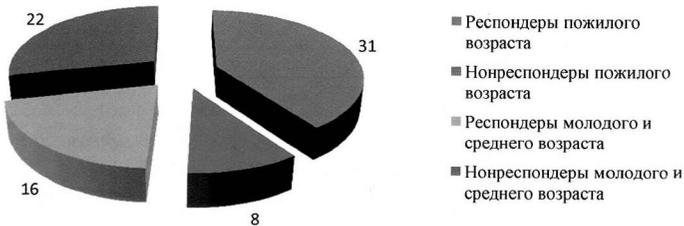


Рисунок 1. Соотношение ответа пациентов на медикаментозную терапию.

Снижение рейтинга баллов по шкале HDRS в процессе терапии преобладало в группе респондеров, среди которых превалировали пациенты пожилого возраста (31 пациент из 47) с наличием тревожно-депрессивной симптоматики в структуре абстинентного синдрома. Данный показатель при итоговом тестировании в 1 группе составил 2,7 балла.

В клинической картине у группы нонреспондеров (преимущественно пациенты молодого и среднего возраста) (22 из 30 пациентов) преобладали такие симптомы, как сниженное настроение с чувством витальной тоски, ангедонические жалобы,

падение интеллектуальной и физической работоспособности, нарушения сна с ранними пробуждениями, чувство внутреннего напряжения. Тревожные расстройства носили второстепенный характер и были, в основном, представлены чувством неопределенного беспокойства.

Как и у больных из группы респондеров, у этих пациентов уже на первой неделе наблюдали значительную редукцию тревоги, хотя ее начальный уровень в этой группе был несколько ниже – $3,41 \pm 1,13$ балла, однако в дальнейшем тревожные проявления опять усиливались и к моменту завершения исследования составляли $3,1 \pm 1,4$. Сравнительная динамика редукции тревоги по шкале Гамильтона у респондеров и нонреспондеров представлена на рис. 2.

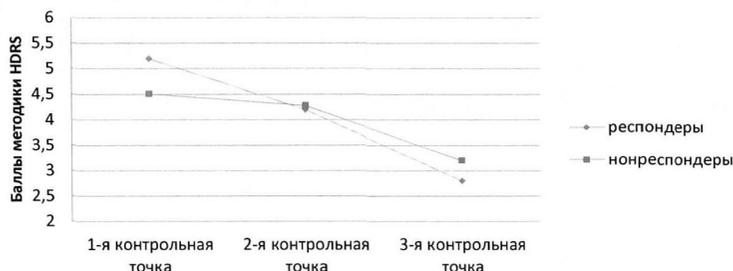


Рисунок 2. Динамика рейтинга баллов тревожности шкалы HDRS в процессе телесно-ориентированной психотерапии у обследуемых пациентов.

Показательно, что при стартовом обследовании выраженность психопатологической симптоматики в 1-й группе (респондеры) была несколько больше, чем во 2-й (нонреспондеры), но статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$). Таким образом, общая выраженность психопатологических проявлений не являлась определяющей в чувствительности к телесно-ориентированной психотерапии при алкогольной зависимости.

Уже спустя 4 недели терапии была отмечена тенденция к большей эффективности телесно-ориентированной психотерапии в группе пациентов с наличием депрессивной симптоматики, независимо от их возраста. На первом этапе терапии статистически значимые различия отмечались между группами по подшкалам, характеризующим депрессию - тревогу и соматические нарушения (рис. 3).

Вслед за снижением уровня тревоги более плавно редуцировались и другие симптомы зависимости – достаточно быстро (ко 2 – 3-й неделе лечения) купировались нарушения сна, больные становились двигателью более активными, у них выравнивалось настроение, однако сохранялись жалобы на ангедонию, уменьшенную работоспособность, неудовлетворительную концентрацию внимания, общесоматические расстройства, дисфункцию сексуальной сферы и потерю массы тела. Эта симптоматика оказалась более резистентной к проводимой терапии и редуцировалась лишь к 4 – 6-й неделе лечения – пациенты (преимущественно молодого и среднего возраста) начинали строить реальные планы на будущее, более

оптимистично оценивали собственные перспективы, активнее включались в повседневную жизнь, семейные дела. Показатели позитивной динамики редукции рейтинга баллов по шкале Гамильтона демонстрируют статистически достоверное ($p < 0,001$) снижение выраженности депрессивных проявлений у лиц пожилого возраста.

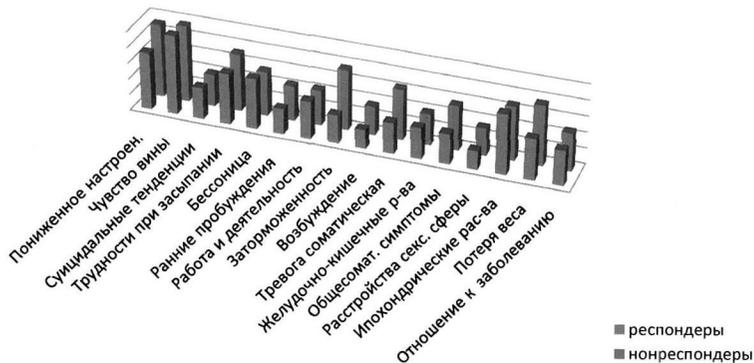


Рисунок 3. Редукция рейтинга баллов в течении 4 недель психотерапии по подшкалам HDRS.

На основании представленных данных можно сделать вывод о том, что достаточно быстрая редукция соматических проявлений была связана в первую очередь с регистрацией вторичных, обусловленных тревогой, симптомов, детерминированных выраженностью депрессивных нарушений у пациентов пожилого возраста.

Редукция депрессивных проявлений в группе нонреспондеров происходила медленнее, хотя исходный балл по шкале Гамильтона был несколько выше, чем у респондеров – $19,0 \pm 2,7$ балла. Наряду с уменьшением тревожности, некоторым улучшением настроения, нормализацией сна и аппетита у этих больных сохранялись жалобы на низкую работоспособность, апатию, опасения за свое будущее, утрату удовольствия от любимых занятий. К моменту завершения исследования редукция депрессивной симптоматики в данной группе составила 63,8% от исходного уровня, средний балл по шкале Гамильтона – $12,6 \pm 2,8$ балла.

Таким образом, в процессе осуществления патогенетической (в том числе телесно-ориентированной терапии) у лиц пожилого возраста с алкогольной зависимостью, сформировавшейся после 50-ти лет, наблюдалась позитивная динамика по результатам интегративных исследований, что свидетельствовало о целесообразности, достоверности и адекватности осуществленных подходов диагностического и лечебно-реабилитационного характера по отношению к лицам старшего возраста в сравнении с пациентами более молодых возрастных групп.

ВЫВОДЫ

1. Структура клинико-психопатологических детерминант синдрома алкогольной зависимости у пациентов пожилого возраста в сравнении с лицами более молодых возрастных групп преимущественно обусловлена начальным периодом манифестации зависимого поведения. У пациентов с алкоголизмом, развившемся в возрасте старше 50-ти лет, преобладают гедонистические, субмиссивные и традиционные мотивы, которые зависят от кататимной деформации интересов личности и мышления зависимых, нарушенной самокритики, сверхценности и паранойальности патологического влечения к спиртному.

2. У пациентов пожилого возраста с алкоголизмом, сформировавшимся в более раннем возрасте (до 50-ти лет), установлена существенная напряженность атарактических и гиперактивационных мотивов, посредством которых осуществляется коррекция гипотимической симптоматики без деформации ценностной и когнитивной сфер личности.

У пациентов молодого и среднего возраста наиболее напряжена сфера традиционной и субмиссивной мотивации потребления алкоголя.

3. В целом для пациентов с синдромом алкогольной зависимости молодого и среднего возраста характерны социально-психологические и личностные мотивы, а для пациентов пожилого возраста, начавших злоупотреблять после 50-ти лет, - личностная (гедонистические, атарактические, активационные) и потребностная (похмельные, аддиктивные, аутоагрессивные) триада мотивов потребления алкоголя, что свидетельствует о различных типах психопатологических процессов, лежащих в основе развития алкогольной зависимости у пациентов из разных возрастных групп.

4. Степень тяжести алкогольной зависимости у пациентов пожилого возраста в сравнении с пациентами молодого и среднего возраста достоверно коррелирует с показателями тестов СМИЛ, Прогноз-2 и 16 ФЛО, характеризующих индивидуально-психологические особенности личности. При этом наиболее представлены психофизиологические показатели, характеризующие по тесту 16 ФЛО эмоциональную устойчивость, зависимость, самоконтроль, напряженность, по тесту СМИЛ мужественность, ригидность, тревожность, активность, а также нервно-психическую уравновешенность по тесту Прогноз 2, позволяющие дифференцировать конкретный тип патологической мотивации к потреблению алкоголя у пациентов пожилого возраста.

5. Анализ эпидемиологических особенностей распространенности психопатологической симптоматики у пациентов пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости позволил установить следующие блоки психопатологического реагирования (в порядке убывания частоты): расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

6. Сравнительный эпидемиологический анализ структуры психопатологических проявлений синдрома алкогольной зависимости среди обследуемых пациентов молодого и среднего возраста показал, что первое ранговое место принадлежит расстройствам настроения (аффективным расстройствам), второе – нарушениям личности и поведения; а третье – невротическим, связанным со стрессом и

соматоформным расстройствам.

7. По данным регрессионного анализа развитие и коррекция (в рамках комплексной терапии) психических расстройств и поведенческих дисфункций, связанных с употреблением алкоголя, у пациентов пожилого возраста в сравнении с лицами более молодых возрастных групп было достоверно (коэффициент детерминации $R^2=0,558$; ошибка прогноза регрессионной модели по данным сравнительного исследования 21,6%) детерминированы активацией психопатологических симптомокомплексов (депрессивная симптоматика; астеническая симптоматика; тревожная симптоматика; обсессивные расстройства) (суммарное значение их диагностических коэффициентов равно 0,802); у пациентов молодого и среднего возраста отмечается максимальный вес компонента «психическая адаптация» 0,225, следовательно, в патогенез алкогольной зависимости в молодом и среднем возрасте значительно больший вклад, чем в пожилом возрасте, вносит состояние адаптации (социальной, психологической, физиологической), которое сопряжено с тенденциями ухода от объективной реальности и является определяющим в развитии зависимого поведения.

8. Психотерапия психических расстройств и нарушений поведения, обусловленных зависимостью от алкоголя у пациентов пожилого возраста, в рамках комплексной терапии вносит достоверный вклад в редукцию вегетативной, тревожной и астенической симптоматики в структуре психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением этанола; при этом у пациентов молодого и среднего возраста требуется дополнительная коррекция ангедонического компонента психопатологической симптоматики аддиктивной патологии в рамках психотерапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При диагностической, терапевтической и коррекционно-реабилитационной работе по профилактике алкоголизма у лиц пожилого возраста целесообразно учитывать их возрастные особенности, сроки наступления алкоголизации, ведущую клинику-психопатологическую симптоматику, которые определяют манифестацию дезадаптивных нервно-психических состояний и их более выраженную нелинейную представленность у данного контингента пациентов в сравнении с больными более молодого возраста.

2. При изучении патогенетических и психофизиологических показателей, позволяющих осуществлять прогноз риска развития психических расстройств и нарушений поведения, связанных с употреблением спиртного у пациентов старших возрастов, рекомендуется использовать весь спектр удобных и практичных маркеров биологической и клинику-психофизиологической природы по методикам, предложенным и апробированным в данной работе.

3. В процессе скрининговой оценки патологической мотивации при алкогольной зависимости у лиц в пожилом возрасте следует использовать комплекс выявленных в процессе исследования информативных клинику-психофизиологических показателей (эмоциональная устойчивость, зависимость, самоконтроль, напряженность, мужественность, ригидность, тревожность, активность и нервно-психическая уравновешенность), позволяющих достоверно дифференцировать конкретный тип патологической мотивации.

4. Рекомендуется включать в программы подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов по профилактике психических расстройств и нарушений поведения, связанных с употреблением алкоголя у пациентов гериатрического профиля, факультативные курсы «Алкоголизм в пожилом возрасте», «Психопатологическая симптоматика у пациентов старших возрастных групп с синдромом алкогольной зависимости», обеспечив освоение геронтологами и гериатрами необходимых знаний, умений, навыков и компетенций для успешной профессиональной деятельности по медико-психологическому сопровождению лиц пожилого возраста с алкогольной зависимостью.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки РФ

1. Белов, В.Г. Возрастная специфика зависимого поведения человека / В.Г.Белов, Д.В.Шахов, К.Г.Ельшибаева // Журнал «Власть и управление на Востоке России». 2012. № 4. С. 100-105.
2. Заплутанов, В.А. Цитофлавин в комплексной терапии больных пожилого возраста с синдромом алкогольной зависимости / В.А. Заплутанов, Д.В. Шахов, Ю.А. Парфенов // Журнал «Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» №5 (2), 2014. – С. 83 - 88.
3. Шахов, Д.В. Возрастная специфика и психокоррекция социально-психологического функционирования у лиц из семей с алкогольной зависимостью/ Д.В. Шахов, К.Г.Ельшибаева, Парфенов Ю.А.// Журнал «Фундаментальные исследования» №12 (1), 2012. – С. 104 - 107.
4. Шахов, Д.В. Злоупотребление алкоголем как фактор психической дезадаптации у лиц пожилого возраста/ Д.В. Шахов, Ю.А. Парфенов, А.А. Пахомов // Журнал «Фундаментальные исследования» №10 (1), 2012. – С. 91 - 95.

Тезисы докладов

5. Биопсихосоциальный подход в исследованиях нервно-психических и психосоматических расстройств у лиц пожилого возраста / К.Г. Ельшибаева, Ю.А. Парфенов, К.И. Володина, Д.В.Шахов // Матер. VIII научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» СПб – 2012. – С 37-38.
6. Влияние инноваций на расстройство психического здоровья у лиц пожилого возраста./ Г.А. Рыжак, Ю.А. Парфенов, В.С Цой, Д.В.Шахов. // Матер. VIII научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» СПб. – 2012 – С 84-85.
7. Возрастная специфика созависимых отношений/ Ю.А. Парфенов, А.В. Матвеев, К.Г. Ельшибаева, Д.В. Шахов // Матер. международной научно-практической конф. «Актуальные психолого-педагогические и медико-социальные проблемы социума и безопасности жизнедеятельности» Международный институт резервных возможностей человека. СПб, 2011. – С 142.
8. Возрастная специфика фрустрации и девиации человека/ К.Г. Ельшибаева,

Д.В. Шахов, А.В. Матвеев, Е.П. Косинова // Матер. международной научно-практической конф. «Актуальные психолого-педагогические и медико-социальные проблемы социума и безопасности жизнедеятельности» Международный институт резервных возможностей человека. СПб. – 2011. – С 59.

9. *Ермишин, Е.В.* Специфика течения алкогольной зависимости в пожилом возрасте/ *Е.В. Ермишин, Д.В. Шахов, Д.Р. Хайрутдинов* // Каталог международного форума «Старшее поколение» СПб. – 2014. – С 76-77.

10. Одиночество в пожилом возрасте как медико-социальная проблема/ *К.Г. Ельшибаева, Ю.А. Парфенов, Г.А. Рыжак, Д.В. Шахов* // Матер. VIII научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» СПб – 2012. – С 35-36.

11. *Парфенов, Ю.А.* Специфика отражения болезни у лиц пожилого возраста/ *Ю.А. Парфенов, Д.В.Шахов* // Матер. международной научно-практической конф. «Никифоровские чтения» СПб.: ВЦЭРМ, 2012. – С. 142-145.

12. Преодолевающее поведение у пожилых людей, находящихся в кризисном состоянии/ *В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, Г.А. Рыжак, В.С Цой, К.Г. Ельшибаева, Д.В. Шахов* // Матер. VIII научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике», СПб. – 2012. – С 15-16.

13. Психофизиологические показатели стрессоустойчивости у лиц пожилого возраста/ *Г.А. Рыжак, В.С Цой, Д.В. Шахов, Ю.А. Парфенов.* // Матер. VIII научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» СПб.– 2012.– С 82-83.

14. Сравнительная характеристика основных моделей социальной работы с пожилыми/ *Д.В.Шахов, Ю.А. Парфенов, Г.А. Рыжак, К.И. Володина* // Матер. VIII научно-практической конф. «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» СПб.– 2012. – С 117-118.

15. Тревожность как предиктор адаптации пожилого возраста/ *Ю.А. Парфенов, Г.А. Рыжак, В.Г. Белов, А.В. Матвеев, В.С Цой, К.Г. Ельшибаева, Д.В. Шахов* // Матер. VIII научно-практической конференции «Пушковские чтения» и симпозиума «Полиморбидность в гериатрической практике: пожилой пациент в общеврачебной практике» СПб. – 2012. – С 70-71.

16. *Шахов, Д.В.* Биопсихосоциальный подход в исследованиях нервно-психических и психосоматических расстройств у лиц пожилого возраста / *Д.В.Шахов, Ю.А. Парфенов*// Матер. международной научно-практической конф. «Никифоровские чтения» СПб.: ВЦЭРМ, 2012. – С. 147-150.

17. *Шахов, Д.В.* Механизмы психологической адаптации пациентов пожилого возраста с хроническим периодонтитом с различным уровнем тревожности / *Д.В. Шахов, С.А. Парфенов*// Матер. международной научно-практической конф. «XII Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» СПб.: СЗУ им. И.И. Мечникова, 2012. – С. 183-184

18. *Шахов, Д.В.* Оказание психотерапевтической помощи при психосоматических заболеваниях в гериатрическом отделении поликлинического звена / Д.В. Шахов, С.А. Парфенов, К.Г. Ельшибаева Материалы международной научно-практической конференции «XII Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» СПб.: СЗУ им. И.И. Мечникова, 2012. – С. 184-187

19. *Шахов, Д.В.* Психологическая поддержка конструктивного преодоления фрустрации у лиц пожилого возраста с психосоматикой / Д.В. Шахов, Ю.А. Парфенов// Матер. международной научно-практической конф. «XII Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» СПб.: СЗУ им. И.И. Мечникова, 2012. – С. 42-47

20. *Шахов, Д.В.* Социальная поддержка пожилого человека с психосоматической патологией/ Д.В. Шахов, С.А. Парфенов// Матер. международной научно-практической конф. «XII Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» СПб.: СЗУ им. И.И. Мечникова, 2012. – С. 116-121.

21. *Яковлева, Н.В.* Цитофлавин в терапии абстинентного синдрома у больных пожилого возраста с аддиктивной патологией/ Н.В. Яковлева, Д.В. Шахов, В.А. Заплутанов // Матер. научной конференции «Фундаментальные проблемы геронтологии и гериатрии», СПб. – 2014. – С 69.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МПА - мотивы потребления алкоголя

СМИЛ - стандартизированный многофакторный метод исследования личности

16-ФЛО- факторный личностный опросник

КОТ- краткий ориентировочный интеллектуальный тест

МКБ -10 - международная классификация болезней

САЗ - синдром алкогольной зависимости

СПБУУиЭ - Санкт-Петербургский университет управления и экономики

МЛО - многофакторный личностный опросник

CGI - Clinical Global Impression Scale (шкала общего клинического впечатления)

МАЛТ - Münchener Alkoholismustest (мюнхенский тест алкоголизма)

ШАХОВ Дмитрий Владимирович КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА //Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.30. - СПб., 2014. - 24 с.

Подписано в печать «26» сентября 2014. Формат 60*84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 159.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.

СПИСОК ЦИТИРУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Алешкина А.Г., Бардеништейн Л.М., Беглянкин Н.И., Славгородский Я.М. (2013). Роль психометрического метода в разработке прогностических критериев исхода острых приходящих психических расстройств. Москва, 146 с.; *Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Чернобровкина Т.В.*(2004) Экологические основы коморбидности алкогольной аддикции. Харьков.,594 с.; *Бахан Н.А.*(1996) Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга. Томск, 46 с.; *Дереча Г.И.* (2005) Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом клинико-системное исследование. Оренбург, 20 с.; *Жлоба А.А., Маевская Е.Г., Катшышева Н.С.* (2012) Метилмалоновая ацидемия и аминокислоты – источник метилмалоновой кислоты и интермедиаторов цикла Кребса у лиц старшего возраста. Москва., 37 с.; *Макаров А.Б., Дергунов А.В.* (2009) Особенности патогенеза и принципы патогенетической терапии эндогенной интоксикации у больных с острым аппендикулярным перитонитом. Российский медико-биологический вестник. - 2009. - №3. - С. 105-112; *Макаров А.Б., Дергунов А.В.* Характеристика особенностей патогенеза эндогенной интоксикации у больных с посттравматическим перитонитом при экстремальных состояниях и стихийных бедствиях. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2010. – №2. – С. 3942; *Иванец Н.Н., Винникова М.А., Лобачева А.С.* (2006) Использование лидевина в терапии алкогольной зависимости клинико-катамнестическое исследование. Москва, 9с.; *Иванец Н.Н.*(2001) Лекции по наркологии. Москва, 462 с.; *Медведев Д.С.* Милливоновая терапия в лечении депрессии в пожилом возрасте. Фундаментальные исследования. 2011. № 6. С. 119-121.; *Ильницкий А.Н., Медведев Д.С., Процаев К.И. и др.* Нейроиммуноэндокринные механизмы протективных эффектов медицинской реабилитации у пожилых больных. Успехи геронтологии. 2010. Т. 23. № 2. С. 204-207.; *Князева Т.М., Шапиро Ю.Г.* (2006) Социоклинический анализ женского алкоголизма. СПб.,43 с.; *Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ефремов Л.И.* (2012) Полиморбидность в гериатрической практике: количественная и качественная оценка. СПб., 38 с.; *Минко А.И., Линский И.В.* (2004) Наркология. Москва., 736 с.; *Минко А.И., Линский И.В., Кузьминов В.Н. и др.* (2010) Цитофлавин в детоксикации больных, зависимых от алкоголя // Новости медицины и фармации. Москва., 12 с.; *Почтаева И.П., Голубева А.П.* (2012) Качество жизни больных с наркологическими расстройствами в Костромской области. Кострома 24 с.; *Сидоров П.И.* (2006) Наркологическая превентология. Москва, 720 с.; *Сидоров П.И., Ишеев Н.С., Соловьев А.Г.*(2003) Соматогенез алкоголизма: Руководство для врачей. Москва, 224 с.; *Сосин И.К., Чуев Ю.Ф.* (2005) Наркология. Харьков, 648 с.; *Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф.* (2008) Алкогольная тревога. Харьков, 732 с.; *Халтурина Д.А., Коротаев А.В.* (2006) Алкоголь и наркотики как фактор демографического кризиса. Москва, 96 с.; *Цыган В.Н., Шабанов П.Д., Степанов А.В., Акперов Э.К. и др.* (2008). Иммунные дисфункции у наркозависимых и способы их коррекции. Москва, 56 с.