

Особенности «ремиссионных» психических расстройств у больных алкоголизмом

ШАЙДУКОВА Л.К.

д.м.н., профессор, Казанский государственный медицинский университет

Изучение клинических аспектов «болезней зависимости», к которым в первую очередь относится алкоголизм, является приоритетным направлением отечественной наркологии. Наряду с исследованием собственно алкогольных проблем, обусловленных злоупотреблением алкоголем, большое внимание уделяется и так называемым ремиссионным проявлениям заболевания, среди которых наиболее значимыми являются «ремиссионные» психические расстройства.

Первое упоминание о «ремиссионных» психических нарушениях у «запойных пьяниц» относится к 1898 г. — П.С. Алексеев [3] писал о появлении раздражительности и эмоциональной угнетенности в период воздержания от пьянства. В 1905 г. А.А. Певницкий [41] так охарактеризовал это состояние: «У некоторых больных, несмотря на отсутствие влечения к алкоголю, не получается полного физического благополучия. Их то мучает бессонница, то они без аппетита, развиваются невротические боли, слабость, головокружение, подавленное состояние». Позднее Ф.Е. Рыбаков [46, 49] и М.А. Захарченко [26] наблюдали дисфории «у бывших алкоголиков».

В середине XX века интерес к ремиссии поддерживался обнаружением новых явлений, обозначенных как *псевдоабстинентный синдром* и *сухое опьянение* [2, 43, 45]. Много позже вопрос о клинике и лечении псевдоабстинентного синдрома вновь будет рассматриваться рядом авторов [49].

Появляясь в первые 6—12 мес. воздержания от злоупотребления алкоголем, эти явления, тем не менее, были обусловлены самим заболеванием, поэтому авторы, впервые их описавшие на страницах отечественных наркологических изданий, предлагали отнести эти расстройства к проявлениям алкоголизма в отсутствие интоксикации [44]. Серия работ 60—80-х годов по изучению ремиссионных расстройств у «бывших алкоголиков» (термин Ф.Ф. Детенгофа [22] акцентировала значимость не только периодов злоупотребления, но и периодов воздержания, тем самым указав на их патогенетическое единство).

Первый год ремиссии с многообразными психическими нарушениями является объектом исследования многих авторов. Были обнаружены астенические расстройства, отнесенные к затянувшимся невротоподобным постабстинентным состояниям [7, 42], выявлены аффективные нарушения, в частности депрессивные расстройства [12, 16, 52], описывались фобические нарушения [70, 79]. Авторами было замечено, что если тревожные и фобические расстройства, астенические проявления свойственны начальным этапам ремиссии, то депрессивные нарушения могли наблюдаться при многолетнем воздержании [61]. В ряде случаев они приобретали характер маскированной, скрытой депрессии, плохо осознавались больными, были стертыми и трудно диагностируемыми [12]. Удельный вес депрессивных расстройств в ремиссии достаточно высок — 15%, и если на начальных этапах воздержания они обуславливаются интоксикационно-органическими факторами, то при многолетней ремиссии большое значение имеют психогенно-ситуационные моменты [34].

Аффективные расстройства в ремиссии у лиц, страдающих алкоголизмом, были классифицированы на 4 группы: астеновегетативные, дисфорические, тоскливые и диссоциированные субдепрессии [52].

В другом исследовании были выделены следующие варианты депрессивных проявлений у больных алкоголизмом в ремиссии [37]:

- астеническая депрессия с чувством постоянной неудовлетворенности, раздражительностью, снижением интереса к работе, затруднением контактов с родными и близкими;
- дисфорическая депрессия с мрачно-напряженным аффектом, гневливостью и злобностью;
- ипохондрическая депрессия с акцентуацией внимания на неприятных ощущениях, смещением сферы интересов на соматические дисфункции;
- «типичная» депрессия с характерной подавленностью, утратой интереса к себе и окружающим.

Подобные аффективные проявления именно в период воздержания от злоупотребления алкоголем объясняются авторами патофизиологическим действием этанола, который вызывает неспецифическую восходящую активацию в головном мозге и временно уменьшает связанные с ней тревожно-депрессивные проявления, отсутствие поступления этанола вновь оживляет тревожно-депрессивную симптоматику.

При изучении динамики эмоционального состояния больных алкоголизмом на различных этапах ремиссии Т.Н. Балашова [10] обнаружила, что начальный период (4—10 недель) характеризуется высоким уровнем тревоги, оцениваемой по показателям «реактивной» и личностной тревожности методики Ч. Спилбергера. Показатели депрессии наблюдались у части больных алкоголизмом на ранних этапах ремиссии (1—3 мес.), так и при более длительном сроке воздержания (6 мес.), что свидетельствует о большей специфичности этого показателя аффективных расстройств. Вместе с тем, если депрессия на ранних этапах ремиссии связывалась с фактом злоупотребления алкоголем, то при длительном воздержании в ее генезе играли личностные и социально-психологические факторы [5, 11, 13, 24, 25].

В более поздних работах при исследовании аффективных нарушений на начальных этапах формирования терапевтической ремиссии при алкоголизме [25] были обнаружены сходные варианты депрессивных расстройств — тревожно-депрессивные (23,1%), дисфорические (23,7%), астено-депрессивные (18,1%), депрессивные (23,1%), депрессивно-ипохондрические (9%), апатические (5,8%)

состояния. Было выявлено наличие депрессивных расстройств в 32,7% случаев, однако исследователи подчеркивают, что эти цифры отражают лишь отчетливую, клинически выраженную аффективную патологию. Авторы указывают на сложность выявления смешанных аффективных расстройств, «скрытых» депрессий, которые имеют ряд особенностей у больных алкоголизмом.

Причины низкой выявляемости депрессий у таких больных заключаются в феномене «депрессивной анозогнозии», который проявляется в низкой осознанности депрессивных расстройств, низкой обращаемости за помощью, нечеткости, размытости контуров депрессии, экранировании депрессии алкоголизацией. Вне периодов злоупотребления алкоголем четвертый критерий теряет свою актуальность, но первые 3 критерия имеют место, что и объясняет крайне низкую обращаемость к специалистам «бывших алкоголиков», несмотря на наличие у них аффективной психопатологии.

Наиболее отчетливо и клинически очерчено аффективные нарушения выступают в структуре алкогольного абстинентного синдрома, преобладающими из которых являются тревожные состояния и панические атаки [19]. Несмотря на казалось бы низкую специфичность этих расстройств у 82,5% больных обнаруживались тревожно-мнительные черты характера в преморбиде [14].

Неоднородность аффективных расстройств у больных алкоголизмом связана с разграничением вариантов их развития:

- углубление преморбидных тенденций к депрессивному реагированию, формирование различных аффективных нарушений на уровне циклотимии или аффективного психоза;
- вторичные, «нажитые» аффективные нарушения, являющиеся признаком токсического поражения мозга и формирующейся энцефалопатии;
- невротические новообразования, включающие в себя аффективную симптоматику [23].

В зарубежной научной литературе проблема аффективных расстройств у больных алкоголизмом изучалась как в периоды злоупотребления алкоголем, так и в периоды воздержания. Взаимосвязь психотравм, алкоголизации и депрессивных расстройств рассматривалась в едином ключе [64, 81], а позитивный исход заболевания в виде полного отказа от злоупотребления алкоголем во многом обуславливался снижением воздействия «психосоциального стресса» и вызванных им аффективных расстройств [63, 65].

Следствием депрессии у больных алкоголизмом является высокий уровень суицидов [68], однако авторами было замечено, что риск суицидов значительно снижается по мере удлинения сроков воздержания. Взаимосвязь депрессии и рецидивов алкоголизма была доказана Н. Roggla, A. Uhl [79], поэтому назначение антидепрессантов в период ремиссий рекомендовалось многими отечественными и зарубежными исследователями [25, 27, 73].

Большое внимание в научной литературе уделялось также фобическим расстройствам, наиболее распространенными из которых были кардиофобические нарушения. Возникая на высоте абстинентных проявлений, имея в своей основе диэнцефальные гипоталамические кризы, кардиофобические нарушения нередко являлись, с одной стороны, отправной точкой последующего длительного воздержания от злоупотребления алкоголем, с другой стороны, служили базой для ипохондрических развитий лич-

ности [8, 32]. Так, из 105 больных неврозами, проходящих лечение в течение 6 лет, 99 человек страдали фобическими расстройствами — у всех них в прошлом диагностировался алкоголизм, а причиной длительной спонтанной ремиссии послужили невротические симптомы после вегетативных кризов в рамках алкогольного абстинентного синдрома [38, 39].

Вегето-сосудистые нарушения входят в структуру алкогольного астенического симптомокомплекса, обуславливающего протрагированное течение «астено-абстинентного синдрома» [40, 50, 51] и сопровождаются в одних случаях ипохондрической реакцией, в других — маскированной депрессией с сенесто-ипохондрическим синдромом [31].

Исследование многолетнего анамнеза больных алкоголизмом с кардиофобическими расстройствами выявило наличие у них многолетних ремиссий, возникающих спонтанно — без предшествующего лечения [15, 30, 35]. Большинство вышеперечисленных авторов затруднялось квалифицировать генез «ремиссионных» психических нарушений, подчеркивая, что их можно расценить и как проявление алкоголизма, и как невротические реакции в период ремиссии. Вместе с тем, независимо от генеза ремиссионных расстройств большое значение имеют преморбидные особенности личности больных, наличие специфических «ипохондрических» черт характера, способствующих фиксации на телесных ощущениях [2, 48]. Ипохондрические нарушения занимают значительное место среди ремиссионных проявлений, начинаясь с кардиофобических расстройств, в последствии трансформируясь в ипохондрическое развитие личности [8].

Тема ремиссионных психических расстройств у больных алкоголизмом была всесторонне исследована в ряде работ 80-х годов, в которых были подведены итоги многолетних наблюдений [54, 55, 56, 57]. Были выявлены клинические варианты расстройств: ипохондрический, обсессивно-фобический, астенический, паранойальный; прослежена динамика ремиссионного патоморфоза начиная с 3 мес. воздержания, заканчивая 5-летними сроками ремиссии; изучены условия формирования развития личности и роль преморбидных особенностей в клинической специфике ремиссионных психических расстройств. Автором впервые были описаны новые виды фобий у «бывших» алкоголиков, вызванных ситуацией воздержания, — это «социофобии» и «эротофобии»; описаны сутяжные тенденции у «бывших» алкоголиков, возникающие при многолетнем воздержании. Уже в более поздней работе [58] автор теоретически обосновал появление выявленных «ремиссионных» расстройств как следствие нарушения у них механизмов психосоциальной адаптации.

Исследователь рассматривает алкоголизм как экзогенно-эндогенную систему (эндогенные предпосылки — экзогенная реализация, эндогенные механизмы психобиозависимости — экзогенный отказ от злоупотребления), а ремиссию — как часть алкоголизма без участия собственно алкоголя, как пассивную его часть, соответственно рецидив является активной его частью. Системное единство, считает автор, распространяется и на личностные характеристики больных, у которых имелись «преморбидные изменения личности» до болезни, «алкогольно-морбидные изменения» в период злоупотребления и логично возникали «ремиссионно-постморбидные изменения» в период воздержания. С прекращением злоупотребления действие приспособительных механизмов,

формировавшихся длительные годы, не улучшается — психосоциальная адаптация в ремиссии также является дефектной, патологической, однако если в периоды пьянства нарушения адаптации имеют социально-конфликтную форму, то в ремиссии они приобретают социально-приемлемую форму.

Отдельное внимание на страницах научной литературы было уделено так называемым спонтанным ремиссиям [74, 78, 80, 84]. Были обнаружены механизмы формирования спонтанных и длительных ремиссий, подчеркивалось сходство условий формирования в виде общих личностных особенностей будущих «ремиттентов», невыраженных акцентуаций эпилептоидного, психастенического, шизоидного, ипохондрического и паранойяльного вариантов [2, 18, 36].

В соответствии с характерологическими особенностями больных описывались различные клинические варианты ремиссий, подчеркивалось значение «тормозимых» черт характера будущих «ремиттентов», присущих не только преморбидному этапу, но и «постморбидному», ремиссионному, периоду. При изучении феномена «длительных многолетних ремиссий» было сделано важное концептуальное предложение о причинах развития «тормозимых» черт характера и появлении на этом фоне специфических ремиссионных психических новообразований в форме обсессивных, ипохондрических и паранойяльных расстройств [58]. Причины «ремиссионных» нарушений исследователь объясняет наличием процессов торможения, необходимых для подавления патологического влечения к алкоголю.

Как известно, в периоды активной алкоголизации у больных преобладают процессы возбуждения — растормаживаются сексуальное, пищевое влечения, активизируются процессы подкорковой агрессивности, облигатным синдромом заболевания является растормаживание патологического влечения к алкоголю.

В период воздержания от злоупотребления алкоголем процессы возбуждения сменяются процессами торможения, что проявляется у ряда ремиттентов в «тормозимых» чертах характера — ипохондризации (фиксации и торможении на внутренних соматических проблемах), появлении навязчивых образований (фиксации на внешних — социальных и внутренних — психологических проблемах), формировании сутяжных тенденций (фиксации на проблемах ремиссионного самоутверждения).

Зарубежные работы по исследованию ремиссий при алкоголизме касаются в основном изучения действия препаратов, способных продлить период воздержания, изучения частоты употребления алкоголя, глубины рецидивов, наличия социальных проблем, связанных с возобновлением злоупотребления. Наиболее исследованным в периоды ремиссий стал препарат налтрексон [60, 62, 67, 69, 71, 72, 75–77, 82, 83, 85, 86]. Его действие отражалось как на количественных параметрах алкоголизации, так и на его качественных показателях, однако они ограничивались только наркологическими аспектами проблемы, не касаясь психиатрических: психического состояния пациентов на различных этапах воздержания от алкоголя.

Несмотря на общее положение в отношении определения ремиссий у больных алкоголизмом как состояния полного воздержания от употребления ПАВ, тем не менее, практически во всех работах имеются ссылки на сохранение всех свойств заболевания в латентной форме [1, 17, 20, 29, 33, 66].

Признание практически всеми исследователями факта сохранения болезненной симптоматики в латентном, «дремлющем» состоянии, обнаружение психических расстройств в ситуации полного отрыва от экзогенного фактора — алкоголя в какой-то мере подтверждают концепцию об алкоголизме как эндогенно-экзогенном заболевании с характерной внутренней прогрессивностью [58]. И как для эндогенных процессов была предложена классификация течения алкоголизма в виде прогрессивного, ремиттирующего, стационарного и регрессивного типов (59). Клиническое изучение «фаз алкоголизма» [21] с выделением «алкогольного опьянения», «алкогольного абстинентного синдрома», «постабстинентной», «предрецидивной», «ремиссионной» фаз указало на повторяющуюся стереотипность их наступления, что максимально отражено в феномене алкогольных запоев, имеющих циклическую ритмичность и не всегда зависящих от экзогенно-провоцирующих факторов [4, 6, 9, 28, 43, 53].

Следует отметить, что при изучении героиновой наркомании авторами была предложена классификация типов течения, данная еще Г.М.Энтиным (1990 г.). Это традиционные типы — непрерывный, стационарный, интермиттирующий, периодический. Тем самым исследователи объединили разные виды «наркопатологии» с приемом разнообразных ПАВ в единую категорию, обозначенную как *наркологическая болезнь*. Примечательно, что авторы внесли в классификацию «прогрессивно-приступообразный» тип течения (сравнить с «приступообразно-прогрессивным» типом при шизофрении), что окончательно «эндогенизировало» алкогольно-наркотическую патологию, придав ей характер внутренней процессуальности.

Таким образом, изучение «ремиссионных» психических расстройств при алкоголизме показало на неоднозначность данной проблематики, выявило ряд дискуссионных положений, касающихся «экзогенно-эндогенной» природы этих расстройств, что является немаловажным для понимания сущности реабилитационного процесса.

Список литературы

1. Авербах Я. К. Некоторые особенности ремиссии у лиц, страдающих алкоголизмом// Вопросы психопатологии и психиатрии. — 1963. — Т. 40. — С. 125–133.
2. Александрова Н. В. Особенности рецидива алкоголизма у больных со спонтанной ремиссией в анамнезе// Пятый всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1985. — С. 4–6.
3. Алексеев П. С. Алкоголизм. — Рига, 1898. — С. 206.
4. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
5. Альтшулер В. Б. Соотношение биологического и социального в болезненном влечении к алкоголю и терапия алкоголизма нейролептиками// Сб. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. — М. — 1976. — С. 68–71.
6. Альтшулер В. Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю: Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1985. — 33 с.
7. Андреева В. К. Об особенностях ремиссии хронического алкоголизма после курсового лечения антабусом// Алкоголизм и алкогольные психозы. — М., 1963. — С. 355–358.
8. Анохин Ю. А., Путникова Г. И. К вопросу о спонтанных ремиссиях при алкоголизме// Четвертый всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — М., 1980. — Т. 2. — С. 19–21.
9. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
10. Балашова Т. Н. Психологическая структура аффективных расстройств при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — Л., 1987.

11. Баскова Н. Ф. Психофизиологические характеристики и возможности прогнозирования длительной ремиссии при алкоголизме// Ремиссии при алкоголизме. — Л., 1987. — Т. 118. — С. 64—70.
12. Бокий И. В. Аффективные нарушения у больных алкоголизмом и вопросы терапии// Аффективные нарушения при алкоголизме. — Л., 1983. — С. 5—9.
13. Бокий И. В., Цыцарев С. В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии (клинико-психологический анализ)// Ремиссии при алкоголизме. — Л., 1987. — Т. 118. — С. 7—19.
14. Варфоломеева Ю. Г. Тревожные расстройства в структуре алкогольного абстинентного синдрома: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2003. — С. 11.
15. Вострикова Е. Г. с соавт. Психотерапия при кардиофобиях у страдающих алкоголизмом// Вопр. соц. и клинич. психоневрологии. — М., 1973. — Т. 2. — С. 74—75.
16. Вульфвич В. М. Обсессивное влечение в ремиссиях алкоголизма// Вопр. соц. и клинич. психоневрологии. — М., 1973. — С. 231—133.
17. Гальперин Я. Г. Некоторые клинические особенности периода терапевтической ремиссии больных хроническим алкоголизмом// Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний. — М., 1971. — С. 371—376.
18. Гольдштейн Р. И. Анализ случаев алкоголизма с длительной ремиссией// Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1981. — №2. — С. 83—85.
19. Гофман А. Г. с соавт. Эффективность коаксила и амитриптилина при лечении больного алкогольной зависимостью и депрессивными расстройствами в структуре абстинентного синдрома// Соц. и клинич. психиатрия. — 2001. — Т. 11, Вып. 3. — С. 41—43.
20. Гузиков Б. М. с соавт. Принципы реабилитации больных алкоголизмом на различных этапах становления терапевтической ремиссии// Транскультуральные исследования в психотерапии. — Л., 1989. — С. 113—120.
21. Даренский И. Д. Фазы алкоголизма (клинико-терапевтическое исследование): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1997. — 48 с.
22. Детенгоф Ф. Ф. Невротический синдром у бывших алкоголиков// Мед. журнал Узбекистана. — 1960. — №5. — С. 11—15.
23. Ерышев О. Ф., Тульская Т. Ю. Применение леривона для коррекции аффективных нарушений у больных алкоголизмом// Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. — М., 2000. — С. 37—38.
24. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологические особенности ремиссии при алкоголизме// Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С. 16—31.
25. Ерышев О. Ф., Дубинина Л. А., Тульская Т. Ю. Характеристика аффективных нарушений и особенности их купирования на начальных этапах формирования терапевтической ремиссии при алкоголизме// Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. — М., 2000. — С. 39—45.
26. Захарченко М.А. К семиотике алкоголизма. Об отвращении к вину у алкоголиков в период воздержания// Вопросы психиатрии и неврологии. — М., 1914. — 14 с.
27. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Чирко В. В. и др. О результатах и перспективах применения коаксила в наркологической практике// Соц. и клинич. психиатрия. — 1998. — №1. — С. 68—73.
28. Калишевич О. Ю. Патогенетические механизмы, биохимическая диагностика и фармакологическая реабилитация при алкоголизме. — Автореф. дисс. д. м. н. — 1998. — 40 с.
29. Качаев А. К. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме. Алкоголизм. Руководство для врачей. — М., 1983. — С. 188—203.
30. Кран И. Г., Урюпина М. Д. Невротические нарушения в период алкогольной ремиссии// Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — Пермь, 1984. — Т. 2. — С. 71—72.
31. Краснянский Н. Л. Особенности динамики гипоталамических кризов у больных алкоголизмом// Вопросы организационной и клинической психиатрии. — Воронеж, 1977. — С. 44—46.
32. Краснянский Н. Л., Борзиловский Е. Е. Дизэнцефальные расстройства при алкоголизме с последующим ипохондрическим развитием// Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. — Л., 1970. — 18 с.
33. Крупицкий Е. М., Гриненко А. Я. Стабилизация ремиссий при алкоголизме. — С-Пб.: Гиппократ, 1996. — 96 с.
34. Лапинский Э. И. К патогенезу влечений и механизму рецидивов хронического алкоголизма// Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной и психической сферы. — Ташкент, 1972. — С. 91—95.
35. Лежелепова Л. Н. Неврозы и алкоголизм// Аффективные нарушения при алкоголизме. — Л., 1983. — С. 48—53.
36. Макагон Б. Я. Ремиссии при алкоголизме. Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1985.
37. Марковская Н. С. Варианты депрессивных проявлений у больных алкоголизмом в ремиссии// Ремиссии при алкоголизме. — Л., 1987. — Т. 118. — С. 52—54.
38. Мелик-Парсаданов М. Ю. Психотерапия неврозов у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма// Ремиссии при алкоголизме. — Л., 1987. — Т. 118. — С. 92—97.
39. Мелик-Парсаданов М. Ю. Роль невротических механизмов в становлении ремиссии у больных алкоголизмом// Аффективные нарушения при алкоголизме. — Л., 1983. — С. 53—56.
40. Обухов Г. А. Алкоголизм и ипохондрия// Актуальные вопросы психиатрии. — Минск, 1973. — С. 47—49.
41. Певницкий А. А. Лечение алкоголиков по данным двухлетнего опыта в амбулаторной клинике В. М. Бехтерева// Обзорные психиатрии. — 1905. — 56 с.
42. Полубояринов А. А. Затяжные астенические состояния в клинике алкоголизма// Актуальные вопросы наркологии. — Душанбе, 1984. — С. 104—106.
43. Портнов А. А. Алкоголизм. — М., 1961. — 124 с.
44. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. — Л., 1971. — 387 с.
45. Пятницкая И. Н. Материалы по изучению алкогольной энцефалопатии// Алкоголизм. — М., 1959. — С. 78—100.
46. Рыбаков Ф. Е. Душевные болезни. — М., 1917. — 521 с.
47. Рыбаков Ф. Е. Лечение алкоголиков// Тр. Второго съезда отечественных психиатров. — 1907. — С. 21—23.
48. Соцевич Г. Н. с соавт. Поддержание ремиссий при алкоголизме и их ферментный контроль// Методические рекомендации. — М., 1984. — С. 6.
49. Стрелец Н. В., Уткин С. И. с соавтор. Клиника и лечение псевдоабстинентного синдрома// Пособие для врачей. — М., 2000. — 12 с.
50. Токарев Б. А., Тарасов Е. А. О дифференцированном подходе терапии сенесто-ипохондрических состояний и роль алкогольной интоксикации в их формировании// Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов. — М., 1974. — С. 39—41.
51. Токарев Б. А., Тарасов Е. А. О роли алкогольной интоксикации в генезе ипохондрических состояний и их комплексное лечение// Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — М., 1973. — С. 24—27.
52. Тресков В. Г. Аффективные расстройства у больных алкоголизмом вне периодов злоупотребления спиртным// Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 1986. — №6. — С. 918—922.
53. Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина. — 1977. — 166 с.
54. Шайдукова Л. К. Клинико-психопатологическая характеристика длительных ремиссий у больных хроническим алкоголизмом// Каз. мед. журн. — 1985. — №4. — С. 282—284.
55. Шайдукова Л. К. Клиническая оценка длительных ремиссий при алкоголизме// Каз. мед. журн. — 1983. — №4. — С. 290—292.
56. Шайдукова Л. К. Нервно-психические расстройства у больных алкоголизмом в период длительных ремиссий.// Дисс. уч. ст. к. м. н. — М., 1988.
57. Шайдукова Л. К. Исследование личности больных алкоголизмом на разных этапах ремиссии// Каз. мед. журн. — 1991. — №1. — С. 32—34.
58. Шайдукова Л. К. Ремиссионные расстройства у больных алкоголизмом// Каз. мед. журн. — 2002. — №2. — С. 111—118.

59. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990 (переизд. 1979). — 416 с.
60. Anton R. F. et. al. Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of placebo-controlled trial// *Am. J. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 156, №11. — P. 1758—1764.
61. Behar D. et al.. Depression in the abstinent alcoholis// *Amer. J. Psychiatr.* — 1984. — Vol.141, №9. — P. 1105—1106.
62. Berg B. J., Pettinati H. M., Volpicelli J. R. A risk — benefit assessment of naltrexone in the treatment of alcohol dependence// *Drug Safety*. — 1996. — Vol. 15, №4. — P. 274—282.
63. Bohn M. J., Krahn D. D., Staehler B. A.. Development and initial validation of drinking urges in abstinent alcoholics// *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1995. — Vol. 19, №3. — P. 600—606.
64. Brown S. A. et al.. Stress, vulnerability and adult alcohol relapse// *J. Stud.Alc.* — 1995. Vol. 5, №56. — P. 538—545.
65. Brown S. A. et al.. Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment// *J. Abnorm. Psychol.* — 1990. №99 (4). — P. 344—348.
66. Bullock K. D., Reed R. J., Grant I. Reduced mortality risk in alcoholics who achieve long-term abstinence// *Comment in: JAMA*. — 1992. — Vol. 17, №267. — P. 2327—2328.
67. Chick J. et. al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse// *J. Alc.-Alc.* — 2000. — Vol. 35, №6. — P. 587—593.
68. Drogen W. R.. Alcohol and suizid. — Stuttgart, 1983.
69. Freed P. E., York L. N. Naltrexone: a controversial therapy for alcohol dependence// *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* — 1997. — Vol. 35, № 37. — P. 24—28.
70. Hartel D. M. et al. Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use// *Am. J. Public. Health*. — 1995. — Vol. 85, №1. — P. 83—88.
71. King A. C., Volpicelli J. R., Frazer A., O'Brein C. P. Effect of naltrexone on subjective alcohol response in subjects at high and low risk for future alcohol dependence// *Psychopharmacol. Berl.* — 1997. — Vol. 129, №1. — P. 15—22.
72. Kranzler H. R. et al. Sustained-release naltrexone for alcoholism treatment: a preliminary study// *Alc. Clin. Exp. Res.* — 1998. — Vol. 22, №5. — P. 1074—1079.
73. Malka R. et al. Long-term administration of tianeptine in depressed patients after alcohol withdrawal// *Brit. J. Psychiat.* — 1992. — Vol. 160. — P. 66—71.
74. Moos R. H., Moos B. S. The process of recovery from alcoholism. Part 2// *J. Stud. Alcohol*. — 1981. — Vol. 45, №2. — P. 111—117.
75. O'Malley S. S. et al. Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence// *Archives Of General Psychiatry*. — 1996. — Vol. 53. — P. 217—224.
76. Oslin D. W. et al. The effects of naltrexone on alcohol and cocaine use in dually addicted patients// *J. Subst. Abuse Treat.* — 1999. — Vol. 16, №2. — P. 163—167.
77. Rohsenow D. J. et al. Naltrexone's effect on cue-elicited craving among alcoholics in treatment// *J. Alcohol. Clin. Exp. Res.* — 1999. — Vol. 23, №8. — P. 1386—1394.
78. Saunders W. M. et al.. Spontaneous remissions from alcoholism: a community study// *Brit. J. Addict.* — 1979. — №74. — P. 251—265.
79. Smail P. et al. Alcohol dependence and phobic anxiety states// *Brit. Psychiatr.* — 1984. — Vol. 144, №1. — P. 53—57.
80. Smart K. G. Spontaneous recovery in alcoholics: review and analysis of the available literature// *Drug alc. depend.* — 1976. — №1. — P. 277—285.
81. Soyka M., Hollweg M., Naber D.. Alcohol dependence and depression. Classification, comorbidity, genetic and neurobiological aspects// *Nervenarzt*. — 1996. — Vol. 67, №11. — P. 896—904.
82. Stromberg M. F., Volpicelli J. R., O'Brein C. P. Effects of naltrexone administered repeatedly across 30 or 60 days on ethanol consumption using a limited access procedure in the rat// *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1998. — Vol. 22. — №9. — P. 2186—2191.
83. Swift R. M. Effect of naltrexone on human alcohol consumption// *J. Clin. Psych.* — 1995. — Vol. 56. — P. 24—29.
84. Tuchfield B. S. The spontaneous remissions in alcoholics// *J. Stud. Alcohol*. — 1981. — Vol. 42. — №7. — P. 626—641.
85. Volpicelli J. R. et al. Effect of naltrexone on subjective alcohol response in subjects at high and low risk for future alcohol dependence// *J. Psychopharmacology Berl.* — 1997. — Vol. 129, №1. — P. 15—22.
86. Weinrieb R. M., O'Brein C. P. Naltrexone in the treatment of alcoholism// *Annu Rev. Med.* — 1997. — №48. — P.477—487.