

# Клинические особенности алкогольной зависимости у больных алкоголизмом с суицидальным поведением

**БИСАЛИЕВ Р.В.** к.м.н., докторант Национального научного центра наркологии Росздрова, 119002, Москва, Мал. Могильцевский пер., 3, тел.: 8 (499) 241-06-03.  
E-mail: rafaelbisaliev@gmail.com

Описываются клинические особенности алкоголизма, сочетающегося с суицидальным поведением. С этой целью обследовано 40 больных с суицидальным поведением и 71 больной без суицидального поведения. В целом, суицидальное поведение усугубляет течение алкоголизма. Систематизация соматовегетативных и психических расстройств, а также определение клинико-динамических особенностей на различных этапах течения алкогольной зависимости в сочетании с суицидальным поведением диктует необходимость использования психопатологических критериев, имеющих прогностическое значение при внедрении дифференцированных методов профилактики, психофармакотерапии и психотерапии.

**Ключевые слова:** психиатрия, наркология, алкоголизм, суицидальное поведение

## Введение

Общепризнанно, что объективными показателями остроты наркологической ситуации в стране являются смертность больных алкоголизмом и смертность населения от случайных алкогольных отравлений [1, 2, 7, 9, 11, 14, 17, 22, 24, 29]. Следует отметить, что 42% самоубийств так или иначе связаны с употреблением спиртных напитков [21]. Мы солидарны с мнением М.С. Уманского [26], который считает, что разрабатываемые многими авторами проблемы алкоголизма лишь отчасти освещают некоторые из них, в большинстве случаев ограничиваясь вопросами экстренной наркологической помощи. Недостаточно изучены клинические особенности алкоголизма у больных с суицидальным поведением.

Цель исследования заключалась в изучении и описании особенностей клиники и динамики алкогольной зависимости у больных с суицидальным поведением.

## Пациенты и методы исследования

Обследовано 111 больных с диагнозом *хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) — средняя стадия, фаза поддерживающего лечения. F10.2.2.2*, среди которых было 76 мужчин (68,5%) и 35 женщин (31,5%). Возраст респондентов варьировал от 18 до 60 лет (средний возраст  $37 \pm 0,8$  года).

В соответствии с поставленной целью пациенты были разделены на две группы: первая (основная) группа — больные алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС); вторая группа (сравнения) — больные алкоголизмом без суицидального поведения (БА).

В первую группу вошли 40 чел. (36,0%), из них 18 чел. мужского пола (45,0%) и 22 чел. (55,0%) женского пола. Вторую группу составили 71 чел. (63,9%), включая 58 мужчин (81,7%) и соответственно 13 женщин (18,3%). Длительность заболевания в обеих группах составила в среднем 13 лет.

Критериями исключения из исследования были:

- 1) сопутствующая психическая патология;
- 2) параллельное злоупотребление психоактивными веществами;
- 3) острые психотические состояния;
- 4) тяжелые органические поражения центральной нервной системы;
- 5) умственная отсталость (легкая и умеренная);
- 6) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия  $\chi^2$  Пирсона. Критерий  $\chi^2$  Пирсона позволяет сравнивать распределения частот вне зависимости от того, распределены они нормально или нет [20].

Следует отметить, что анализ клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей алкогольной зависимости, а также оценка соматовегетативного и психического статусов больных алкоголизмом проводилась на всех этапах реализации лечебно-реабилитационных мероприятий. В данной статье представлены результаты обследования, выполненные на этапе первичного осмотра пациентов с подробным анализом сведений из медицинской документации.

Н.Н. Иванец [13] считает, что симптомы, характеризующие первую стадию, никакого отношения к синдрому зависимости от алкоголя не имеют. Поэтому всю описанную симптоматику в рамках указанной

Длительность периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС

Длительность	I группа (БАС)		II группа (БА)	
	Абс.	%	Абс.	%
Менее 12 мес.	4	10,0	0	0,0
1—3 года	23	57,5	10	23,1
4—6 лет	10	25,0	34	47,9
7—9 лет	3	7,5	26	36,6
10 лет и более	0	0,0	1	1,4
Всего	40	100,0	71	100,0

стадии можно квалифицировать как преклинический этап заболевания. В связи с этим в расчет периода злоупотребления алкоголем до формирования синдрома отмены включалась первая стадия с соответствующими синдромами: измененной реактивности, психической зависимостью и постинтоксикационным синдромом [23].

Установленные отличия по длительности периода злоупотребления алкоголем до формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) в обеих группах подтверждают выдвинутое нами концептуальное положение о специфичности группы аддиктивных суицидентов. У больных алкоголизмом с суицидальным поведением особенностью являлось относительно раннее формирование синдрома отмены по сравнению с группой больных алкоголизмом без суицидального поведения. В частности, достоверно больше было пациентов из группы БАС (10,0%) по срокам формирования ААС менее 12 мес. (табл. 1). Самый высокий показатель по длительности злоупотреблением алкоголем до формирования ААС обнаружен в группе алкогольных суицидентов во временном интервале от 1 года до 3 лет — 57,5%, в группе сравнения данный показатель составил 23,1%. Начиная с периода от 4 до 6 лет и далее наблюдалась обратная динамика. Другими словами, в периоды от 4 до 6 лет, от 7 до 9 лет, 10 лет и более количество больных первой группы было меньше (32,5% и 85,9%). Кстати, полученные значения опережают аналогичные данные других авто-

ров. Так, например, сроки формирования ААС у БАС до шести лет, по собственным данным, составили 92,5%, у БА — 71,0%, а по данным А.Г. Врублевского [8], — 74,6%, И.Г. Уракова и В.В. Куликова [27], — 63,0%.

По прогрессивности алкоголизма установлены различия, представленные на рис. 1, из которого видно, что у наименьшего количества больных алкоголизмом фиксировался медленнопрогрессирующий темп течения (5,0% и 5,6%).

Клинический патоморфоз алкогольной аддикции при сочетании с суицидальным поведением проявляется утяжелением клиники алкоголизма. Об этом свидетельствуют показатели по среднепрогрессирующему и быстропрогрессирующему темпу течения. Среднепрогрессирующий темп течения достоверно реже констатировался в основной группе больных (57,5% и 84,5%), а быстропрогрессирующий темп течения, наоборот, в этой группе встречался чаще (37,5% и 9,9%). Злокачественное течение алкоголизма ( $p < 0,02$ ) у алкогольных суицидентов отмечали и другие отечественные авторы [30].

Острая алкогольная интоксикация тяжелой степени (F10.03), проявляющаяся резкой заторможенностью, аффективной угнетенностью, мозжечковой атаксией, адинамией, амимией, достоверно чаще отмечалась у 11 больных с суицидальным поведением, что составляет 27,5%. В группе больных алкоголизмом без суицидального поведения интоксикация тяжелой степени фиксировалась у пяти человек, или у 7,0%. Следует отметить, что в указанное число пациентов вошли те, у кого тяжелая интоксикация отмечалась многократно.

В наших исследованиях острое отравление этанолом (алкогольная кома без летального исхода) достоверно чаще фиксировалось у БАС (17,5% и 4,2%).

Безусловно, состояние алкогольной интоксикации обостряет и растормаживает психические влечения. Вместе с тем, urgentные состояния обнаруживались именно у БАС. Можно предположить, что у больных алкоголизмом основной группы такой раздражитель как алкоголь является пусковым механизмом активна-

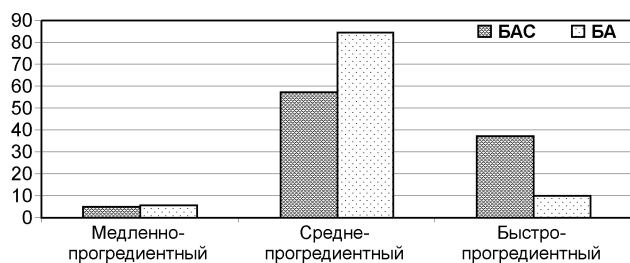


Рис. 1. Темп прогрессивности алкогольной зависимости у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Структура соматических расстройств у больных алкоголизмом

Соматические заболевания	I группа (БАС), n=40		II группа (БА), n=71	
	Абс.	%	Абс.	%
Гипертоническая болезнь	11	27,5	4	5,6
Ишемическая болезнь сердца	7	17,5	3	4,2
Туберкулез легких	2	5,0	2	2,8
Панкреатиты	2	5,0	16	22,5
Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки	8	20,0	3	4,2
Гепатит	8	20,0	27	38,0
Всего	38	95,0	55	77,3

ции суицидальной доминанты с последующей актуализацией суицидальных тенденций.

В группах БАС и БА определены формы злоупотребления алкоголем, представленные на рис. 2.

На момент обследования в группе БАС значительно меньше было лиц с псевдозапойной формой злоупотребления алкоголем (27,5% и 59,2%). Начало алкогольного эксцесса и его обрыв были связаны с внешними причинами. Однако для обследуемых с суицидальным поведением внешние причины носили негативную окраску (конфликты в семье, отсутствие денег), тогда как для больных группы сравнения алкоголизация была обусловлена позитивными событиями (конец рабочей недели, получение зарплаты, в том числе нелегальной).

Что касается формы употребления алкоголя по типу «перемежающегося» пьянства, то она существенно доминировала в основной группе больных алкогольной зависимостью (30,0% и 12,7%). Истинные запои также чаще отмечались в группе больных с суицидальным поведением (25,0% и 11,3%). В практически равных соотношениях встречалось постоянное пьянство на фоне высокой толерантности (17,5% и 16,9%).

С одной стороны, указанные формы злоупотребления алкоголем являются неотъемлемой составляющей синдромологии алкогольной зависимости. С другой стороны, выявлено статистическое преобладание некоторых измененных форм потребления алкоголя у БАС. Употребление алкоголя по типу «перемежающегося» пьянства и истинные запои свидетельствуют о более тяжелом течении алкоголизма у алкогольных суицидентов. Как правило, эти измененные формы потребления алкоголя чаще встречаются на третьей стадии алкоголизма.

Результаты сравнительного изучения структуры соматических расстройств у больных алкоголизмом обеих групп (табл. 2) показали разную распространенность и нозологическую принадлежность этих заболеваний.

Важно отметить, что в группе БАС значимо доминировали психосоматические расстройства (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки). Выявленная особенность заключается в том, что в генезе этих психосоматических заболеваний ведущая роль отводится аффективной психопатологической детерминанте. Обострение соматических расстройств у больных основной группы происходило после каких-либо фрустрирующих, психотравмирующих событий. То есть эта группа больных отличается низкой фрустрационной толерантностью. Превалирование панкреатитов, гепатитов у больных алкоголизмом группы сравнения можно объяснить влиянием в большей степени токсикогенных механизмов алкоголя, так как их обострение возникало в фазу алкогольной интоксикации.

Наблюдаемые нами больные в подавляющем большинстве случаев обращались в наркологический стационар в состоянии выраженного ААС (F10.3).

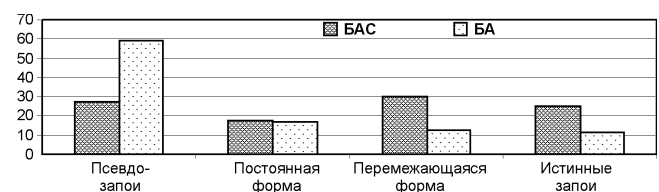


Рис. 2. Измененные форм злоупотребления алкоголем у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

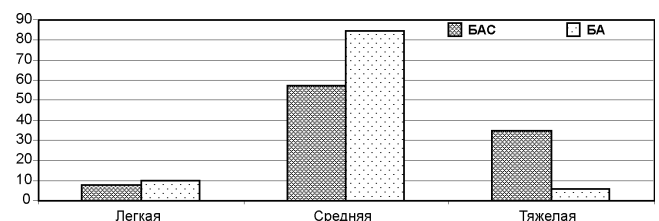


Рис. 3. Степень тяжести алкогольного абстинентного синдрома у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

## КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Клинические наблюдения позволили установить различные сроки длительности (в днях) ААС у данного контингента лиц. Длительность ААС была достоверно больше в группе БАС — от 2 до 11 дней, в среднем — 4,5 дня, по сравнению с группой БА — от 2 до 9 дней, в среднем 3,2 дня.

Суицидальное поведение утяжеляет течение алкоголизма, об этом свидетельствуют данные по степени тяжести ААС (рис. 3).

Так, средняя степень ААС значимо была меньше в группе БАС (57,5% и 84,5%). Тяжелая степень синдрома отмены явно превалировала в группе БАС (35,0% и 5,6%) и доля лиц с тяжелой степенью ААС была весьма значимой. Легкая степень ААС обнаружена у незначительного количества больных (7,5% и 9,9%).

Спонтанные ремиссии имели место у 32,5 и 38,5%; терапевтические — у 40,0 и 35,2%; вынуж-

Таблица 3

Результаты статистических данных по некоторым клиническим характеристикам

Показатели	Значение критерия $\chi^2$ Пирсона	Уровень значимости
Период злоупотребления алкоголем до формирования ААС		
Менее 12 мес.	19,51	<b>0,001</b>
1—3 года	23,08	<b>0,001</b>
4—6 лет	5,601	<b>0,01</b>
7—9 лет	11,24	<b>0,001</b>
10 лет и более	0,568	0,45
Темп прогрессивности алкогольной зависимости		
Медленнопрогрессирующий	0,021	0,88
Среднепрогрессирующий	9,893	<b>0,001</b>
Быстропрогрессирующий	12,31	<b>0,004</b>
Тяжелое алкогольное опьянение и острое алкогольное отравление		
Алкогольное опьянение III степени	8,679	<b>0,003</b>
Острое алкогольное отравление	5,5	<b>0,02</b>
Измененные формы злоупотребления алкоголем		
Псевдозапой	10,28	<b>0,001</b>
Постоянная форма	0,165	0,68
Переменяющееся пьянство	5,005	<b>0,02</b>
Истинные запои	3,551	<b>0,05</b>
Общая доза алкоголя	2,375	0,12
Соматические заболевания		
Гипертоническая болезнь	10,46	<b>0,001</b>
Ишемическая болезнь сердца	5,5	<b>0,02</b>
Туберкулез легких	0,351	0,55
Панкреатиты	5,791	<b>0,01</b>
Язвенная болезнь	7,131	<b>0,008</b>
Гепатит	3,851	<b>0,04</b>
Длительность ААС	26,12	<b>0,006</b>
Степень тяжести алкогольного абстинентного синдрома		
Легкая	0,761	0,68
Средняя	9,893	<b>0,001</b>
Тяжелая	9,073	<b>0,001</b>
Характер ремиссий		
Спонтанные	0,339	0,561
Терапевтические	0,251	0,61
Вынужденные	0,007	0,93
Примечание. <b>Жирным</b> шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

денные — у 27,5 и 26,8% больных (рис. 4). Во всех группах терапевтические ремиссии нередко сопровождались короткими срывами» (2—4-дневным употреблением алкоголя) и рецидивами заболевания. Согласно А.М. Ludwig [4], формированию ремиссии способствуют не только помощь родственников, но и такие психологические факторы, как чрезвычайные события в жизни больного, его «протестная реакция при личном унижении». Однако остаются неразработанными реабилитационные технологии [10, 15, 16], в которых бы учитывалась аутоагрессивная составляющая алкогольной зависимости.

Статистическая обработка некоторых клинических данных отражена в табл. 3.

ААС и период ремиссии у БАС характеризовались определенными соматовегетативными расстройствами. По большинству показателей соматовегетативных нарушений различий не обнаружено, что, вероятно, обусловлено корректным подбором исследуемых групп (табл. 4). Тем не менее, в структуре ААС установлено преобладание в группе БАС следующих симптомов: боли в сердце, анорексия, перепады артериального давления, тремор, тахикардия.

Аналогичные результаты с незначительными изменениями были получены при анализе периода ремиссии, т.е. все перечисленные симптомы, включая гипергидроз, достоверно чаще встречались в основной группе больных. Иными словами, симптомы, характеризующие на-

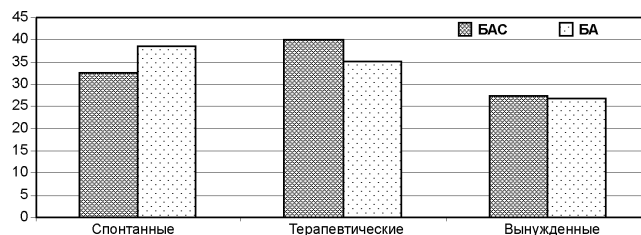


Рис. 4. Клиническая характеристика ремиссий у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

рушение деятельности сердечно-сосудистой системы, значительно чаще встречались в группе БАС во всех фазах алкогольной зависимости. Эти факты лишь подтверждают ранее выдвинутое предположение о психогенности соматических нарушений [3, 5, 6, 12, 18, 19, 25] и некой клинической самостоятельности аддиктивных суицидентов. Более того, 42,5% больных из первой группы и 22,5% пациентов из второй группы ( $p < 0,02$ ) считали, что причинами "срыва" служили конфликты на бытовой и семейной почве. Совершенно очевидно, что здесь чрезвычайно актуальна задача специалиста в своевременной диагностике коморбидной соматической патологии, особенно у БАС, ибо без ее выявления и лечения бессмысленны попытки прекратить алкоголизацию, так как она, с одной стороны, оказывая определенный психотропный эффект, позволяет смягчить как соматические расстройства, так и лежащую глубже психопато-

Таблица 4

Структура соматовегетативных симптомов у больных алкоголизмом

Симптомы	ААС				Ремиссия			
	I группа (БАС), n = 40		II группа (БА), n = 71		I группа (БАС), n = 40		II группа (БА), n = 71	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Головные боли	35	87,5	57	80,3	29	72,5	49	76,1
Головокружение	32	80,0	48	67,6	0	0,0	0	0,0
Боли в мышцах	5	12,5	5	7,0	0	0,0	0	0,0
Боли в сердце	13	32,5	8	11,3	12	30,0	5	7,0
Рвота	17	42,5	33	46,5	0	0,0	0	0,0
Диарея	3	7,5	8	8,5	0	0,0	0	0,0
Боли в животе	21	52,5	29	40,8	17	42,5	24	33,8
Анорексия	13	32,5	8	11,3	11	27,5	5	7,0
Перепады АД	12	30,0	5	7,0	17	42,5	4	5,6
Одутловатость лица	35	87,5	57	80,3	0	0,0	0	0,0
Гиперемия лица	7	17,5	16	22,5	0	0,0	0	0,0
Гипергидроз	28	70,0	44	62,0	16	40,0	16	22,5
Иньекция склер	5	12,5	21	29,6	0	0,0	0	0,0
Озноб	8	20,0	12	16,9	0	0,0	0	0,0
Тремор	32	80,0	40	56,3	13	32,5	22	31,0
Тахикардия	13	32,5	11	15,5	7	17,5	3	4,2
Гиперестезия	15	37,5	40	56,3	8	20,0	27	38,0

Структура психических нарушений у больных алкоголизмом

Синдромы	ААС				Ремиссия			
	I группа (БАС)		II группа (БА)		I группа (БАС)		II группа (БА)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Астенодепрессивный	17	42,5	24	33,8	24	60,0	29	40,8
Тревожно-депрессивный	11	27,5	42	59,2	9	22,5	32	45,1
Эксплозивный	12	30,0	5	7,0	7	17,5	10	14,1
Всего	40	100,0	71	100,0	40	100,0	71	100,0

логическую симптоматику, с другой стороны, именно алкоголь чаще всего способствует актуализации суицидальных тенденций. Поэтому диагностика соматических расстройств должна проводиться не обособленно, а в совокупности с возможными действенными психическими факторами, включая и связь с суицидальным поведением. К сожалению, нежелание, а нередко и неспособность некоторых психиатров-наркологов прилагать усилия к диагностике психической патологии у аддиктивных пациентов — вполне прогнозируемый результат непродуманного и искусственного отрыва наркологии от психиатрии [23, 28].

Структура психических нарушений в ААС и ремиссии отражена в табл. 5.

Как видно из табл. 5, ведущим был астенодепрессивный синдром. При этом он превалировал в группе БАС как в абстинентный период, так и на разных сроках ремиссии. Следует отметить, что увеличение доли пациентов с астенодепрессивным синдромом в период ремиссии произошло вследствие трансформации тревожно-депрессивного и дисфорического синдрома. В клинической картине отмечались повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания. Аффективные расстройства в виде эмоциональной неустойчивости, повышенной ранимости и обидчивости на фоне пониженного настроения и отсутствия радости жизни выступали на втором плане. Существует мнение, что при химических зависимостях свойства астенического синдрома заключаются не в чувстве усталости, которая не осознается, а в чувстве скуки; среда, окружающий мир не интересуют, не представляют собой ценность, создается ощущение серости во всем, вызывающее состояние неудовлетворенности, отсутствует тонус жизни.

Тревожно-депрессивный синдром наиболее отчетливо проявлялся у больных группы сравнения как в структуре синдрома отмены, так и в ремиссии. Больные предъявляли жалобы на внутреннюю напряженность, тревогу, на ощущения связанные с предстоящим ожиданием каких-либо неприятных событий. Тревожное состояние сопровождалось болевыми и неприятными ощущениями в области сердца. Выраженность симптоматики констатировалась в вечернее время, что обуславливало у больных обеих групп формирование диссомнических расстройств. При целенаправленном опросе больные жаловались на сни-

женное настроение. При этом депрессивные симптомы характеризовались пациентами основной группы чувствами апатии и безнадежности будущего, имели место навязчивые представления о возможной смерти и осознанного ухода из жизни. В группе сравнения больные испытывали чувство вины за создавшуюся ситуацию, невнимание к своему здоровью и за предыдущие отказы от госпитализации.

В состоянии ААС оказалось больше БАС с эксплозивным вариантом аффективного расстройства. Эксплозивный синдром был представлен раздражительностью, взрывчатостью, аффективной возбудимостью, снижением волевого контроля с импульсивностью поведения на фоне выраженных астенических проявлений, гиперестезии, незначительным снижением интеллектуально-мнестических функций.

Результаты статистической обработки по соматовегетативным и психическим нарушениям в структуре ААС и ремиссии представлены в табл. 6.

### Заключение

Таким образом, клинический патоморфоз алкогольной зависимости у БАС проявляется утяжелением клиники алкоголизма.

Клиника алкогольной зависимости у больных с суицидальным состоянием характеризуется следующими специфическими особенностями:

- раннее формирование физической зависимости (менее 12 мес.);
  - быстропрогредиентный темп течения;
  - тяжелая степень абстинентного синдрома;
  - вынужденные ремиссии;
  - преобладание психических расстройств в виде астенодепрессивного, тревожно-депрессивного и эксплозивного синдрома;
  - преобладание психосоматических расстройств.
- Систематизация соматовегетативных и психических расстройств, а также определение клинических особенностей на различных периодах течения алкогольной зависимости у БАС диктует необходимость использования психопатологических критериев, имеющих прогностическое значение при внедрении дифференцированных методов профилактики, психофармакотерапии и психотерапии.

## Результаты статистических данных. Соматовегетативные и психические нарушения в структуре ААС и ремиссии

Показатели	Значение критерия $\chi^2$ Пирсона	Уровень значимости
Соматовегетативные симптомы в структуре ААС		
Головные боли	0,939	0,33
Головокружение	1,962	0,16
Боли в мышцах	0,93	0,33
Боли в сердце	7,519	<b>0,006</b>
Рвота	0,164	0,68
Диарея	0,031	0,86
Боли в животе	1,404	0,23
Анорексия	7,519	<b>0,006</b>
Перепады АД	10,39	<b>0,001</b>
Одутловатость лица	0,939	0,33
Гиперемия лица	0,395	0,52
Гипергидроз	0,723	0,39
Инъекция склер	4,161	<b>0,04</b>
Озноб	0,166	0,68
Тремор	6,285	<b>0,01</b>
Тахикардия	4,366	<b>0,03</b>
Гиперстезия	3,632	<b>0,05</b>
Соматовегетативные симптомы в ремиссии		
Головные боли	1,084	0,58
Боли в сердце	10,39	<b>0,001</b>
Боли в животе	0,831	0,36
Анорексия	19,51	<b>0,003</b>
Перепады АД	27,58	<b>0,0001</b>
Гипергидроз	3,803	<b>0,05</b>
Тремор	0,339	0,561
Тахикардия	5,5	<b>0,02</b>
Гиперстезия	3,851	<b>0,04</b>
Психические нарушения в структуре ААС		
Астенодепрессивный синдром	0,831	0,362
Тревожно-депрессивный синдром	10,28	<b>0,01</b>
Эксплозивный синдром	10,39	<b>0,001</b>
Психические нарушения в ремиссии		
Астенодепрессивный синдром	3,76	<b>0,05</b>
Тревожно-депрессивный синдром	5,595	<b>0,01</b>
Эксплозивный синдром	0,481	0,48
Примечание. <b>Жирным</b> шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

## Список литературы

1. Алиев З.Н. Современные клинические особенности алкогольного делирия и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 24 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Сб. трудов МНИИП. — М., 1978. — Т. 82. — С. 6—28.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988. — 295 с.
4. Беседина О.Б. Ремиссии при алкогольной зависимости у осужденных в условиях пенитенциарных учреждений): Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Кемерово, 2007.
5. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение при аддитивных расстройствах // Наркология. — 2007. — №9. — С. 58—66.
6. Бисалиев Р.В. Морфоклинические особенности системы органов дыхания при воздействии психоактивных веществ // Наркология. — 2007. — №1. — С. 59—62.

7. Богомолов Д.В. и др. Патоморфологические проявления различных форм алкогольной болезни // Архив патологии. — 2003. — Вып. 4. — С. 28—32.
8. Врублевский А.Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования. — М.: Медицина, 1989. — 42 с.
9. Голуб М. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидального поведения. Дисс. на соискание ученой степени к.психол.н. — СПб., 1993.
10. Дудко Т.Н. Динамика мотивов и мотивации у больных игровой зависимостью и с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 2007. — №4. — С. 39—51.
11. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд / Пер. с фр. — СПб., 1998. — 496 с.
12. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — №7. — С. 59—64.
13. Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 47—73.
14. Качаев А.К. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме // Алкоголизм / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 188—203.
15. Кислицина О.А. Подростки и алкоголь: факторы риска // Вопросы наркологии. — 2009. — №2. — С. 66—76.
16. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
17. Максименко Н.Н. Региональные особенности алкоголизма и алкогольных психозов с летальным исходом (распространенность, коморбидность, профилактика): Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск — Владивосток, 2004. — 171 с.
18. Манаचурян Ю.Г. Вторичные психосоматические расстройства у невротических больных // XIII Съезд психиатров России. — Москва, 2000. — С. 87.
19. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.
20. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
21. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. — М.: Nalex, 2003. — 136 с.
22. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации // Наркология. — 2007. — №1. — С. 59—62.
23. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1975. — 333 с.
24. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и язвенная болезнь: популяционный уровень связи // Наркология. — 2009. — №5. — С. 14—19.
25. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2-е изд-е, дополн. — М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. — 864 с.
26. Уманский М.С. Суицидальное поведение и характеристика больных алкоголизмом позднего возраста: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2007.
27. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1977. — 167 с.
28. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддитивных заболеваний // Наркология. — 2009. — №5. — С. 67—72.
29. Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. — М., 2003. — 560 с.
30. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.

## CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AND SUICIDE BEHAVIOUR

**BISALIEV R.V.** Cand. Med. Sci., doctorant of National science centre of narcology (Moscow).  
E-mail: RafaelBisaliev@gmail.com

In the article clinical features of an alcoholism combined with suicide behaviour are described. 40 patients with suicide behaviour and 71 patients without suicide behaviour are with that end in view surveyed. As a whole the suicide behaviour aggravates an alcoholism current. Ordering somatic vegetate and mental frustration, and also definition of dynamic features at various stages of a current of alcoholic dependence in a combination to suicide behaviour dictates necessity of use of the psychopathological criteria having forecast value at introduction of differentiated methods of preventive maintenance, psychopharmacotherapy and psychotherapy.

**Kew words:** psychiatry, narcology, alcoholism, suicide behavior