

Этапы и возрастные особенности течения алкоголизма*

НЕМЦОВ А.В.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗСР РФ

Задача исследования: количественное исследование этапов и возрастных особенностей алкоголизма с опорой на возрастные характеристики появления основных симптомов заболевания. Материал: возрастные показатели возникновения 13 симптомов заболевания у 98 больных алкоголизмом в возрасте от 18 лет до 61 года (медиана 35 лет). Результаты: течение алкоголизма вплоть до формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) имеет три этапа, резко различающиеся прогрессивностью: до начала злоупотребления (в среднем 5 лет), от начала злоупотребления до появления влечения к алкоголю / изменения характера опьянения (1–2 года) и далее до появления ААС/амнезий (1–2 года). Алкоголизм в юношеском и молодом возрасте (до 18–20 лет) отличается высокой прогрессивностью, и ААС формируется за 3–4 года, тогда как у более старших — за 8–13 лет. Чем позже начинается систематическое употребление, тем продолжительнее время до возникновения ААС. Заключение: на количественной основе выделены 3 этапа течения заболевания вплоть до ААС и показано, что чем раньше происходит переход к систематическому употреблению алкоголя, тем быстрее формируется ААС.

Ключевые слова: алкоголизм, этапы заболевания, течение алкоголизма в юношеском и молодом возрасте

Введение

В последние десятилетия категория времени в психиатрии потеряла своё былое значение. Это связано с тем, что во второй половине XX века появились психотропные препараты, видоизменяющие течение заболевания. В результате интерес исследователей начал сужаться до лечебного периода и последующей ремиссии, по сути дела, до поперечного среза заболевания. Это нашло отражение в современной классификации болезней, почти игнорирующей динамические характеристики заболевания.

Общая тенденция, сложившаяся в психиатрии, затронула и наркологию, хотя, в отличие от основной группы психических заболеваний, алкоголизм остаётся «пасынком» психофармакологии, которая не нашла специфических для него воздействий. Гуманизация общественных установок в мире и развитие социальных антиалкогольных мероприятий увеличила ремиссионную составляющую алкоголизма, но мало повлияла на общий характер течения заболевания и на его патоморфоз.

И.В. Стрельчук был не первым, кто в России стал писать о стадийности алкоголизма (А.М. Коровин, М.Н. Нижегородцев, В.П. Первушин, Г.Э. Рихтер и др.). Однако именно его представления о трёх стадиях алкоголизма [8], сложившиеся ещё в 1930-х годах, стали доминирующими на протяжении десятилетий. Во второй половине 1970-х годов исследователи обнаружили, что выделение этих стадий «в какой-то

мере условно, а определение их границ — искусственно» [10]. В это время главный интерес российских алкологов сместился от стадийности к типологии с опорой на длительность периода формирования ААС. При этом разные авторы создавали собственные, не вполне сопоставимые типологии течения. Так, И.Г. Ураков и А.К. Качаев [10] выделили 3 типа течения с опорой на период формирования ААС: до 6 лет (прогрессирующий), 6–15 лет (умеренно прогрессирующий) и более 15 лет (вялый). Тот же принцип лёг в основу типологии течения в работе И.В. Бокий и И.П. Лапина [1]. Г.М. Энтин [12] довёл количество типов до четырёх: прогрессирующий (с тремя подтипами: злокачественный, с быстрым и медленным течением), стационарный, ремитирующий и регрессирующий. И.В. Стрельчук в 1973 г. [12] создал новую классификацию алкоголизма, в которой переплетаются как формы, так и течение заболевания, а А.Г. Гофман позже [3] вернулся к стадийности алкоголизма, разделив третью стадию И.В. Стрельчука на две, последняя из которых может сопровождаться полным отказом от употребления спиртного.

Первая и единственная работа, в которой авторы отошли от стадийности с использованием продольного математического анализа динамики алкоголизма, принадлежит И.Г. Уракову и В.В. Куликову [11]. Они обследовали более 2,5 тыс. больных, и многие их результаты сохранили ценность до настоящего времени. Однако прекрасная по замыслу книга со-

* Выражаю признательность моим коллегам по Московскому научно-исследовательскому институту психиатрии В. Колодному, [Е. Крылову], О. Шевелевой, А. Каплан, В. Ханькову и А. Юнусовой, которые интервьюировали больных и заполняли стандартизованные опросники, а также сотруднику института А. Орлову, производившему часть расчётов и принимавшему участие в их обсуждении. Особая благодарность Ларисе Панченко (биологический факультет Московского университета) за консультации по статистике.

держит много спорного. Авторы, как и многие другие исследователи того времени, уделили много внимания преморбидным особенностям больных. При этом они часто связывали эти характеристики с течением заболевания на основе очень слабых корреляций (0,3), к тому же интерпретируя эти связи как причинно-следственные.

Однако предложенные типологии не получили распространения, а практическая работа требовала определять, как далеко зашло заболевание «здесь-и-сейчас». Поэтому трёхстадийность, заявленная И.В. Стрельчуком в российской алкологии около 70 лет назад, остаётся доминирующей моделью не только практической, но и научной алкологии.

В англоязычной литературе проблема клинического течения алкоголизма как самостоятельная тема активно развивалась до середины 1990-х годов [24], правда, без каких-либо попыток выделить стадии заболевания. Однако позже эта тема утратила самостоятельное значение; динамика алкоголизма стала методическим приёмом в проблеме диагностической точности критериев заболевания по DSM-IV при сравнении мужчин и женщин [26], у лиц с ранним возникновением зависимости [20], у мужчин с высшим образованием [27] или у больных разной этнической принадлежности [23]. Сходный подход с опорой на течение алкоголизма был использован при сравнении DSM-IV с Craving Withdrawal Model [13] или с ICD-10 [15, 21], а также для оценки прогностического значения других диагностических шкал, например The Rutgers Alcohol Problem Index [17]. Американских и нидерландских исследователей интересовал вопрос о минимально достаточном количестве критериев для разграничения злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости [13—15, 25—27]. В этих статьях преобладающим было то, что сравнивались разные возрастные когорты молодых людей (15—25 лет) с небольшим периодом наблюдения (2—5 лет). Лишь в двух работах возрастная граница была сдвинута до 30 [20] или до 70 лет [19].

Почти все эти работы имеют косвенное отношение к возрастной характеристике течения алкоголизма. Их значение для темы состоит в том, что иногда в них можно найти возрастные характеристики появления отдельных симптомов заболевания. Исключения составляют лишь нескольких работ последних двух десятилетий. В одной из них авторы исследовали длительность и тяжесть ААС в пяти возрастных группах в диапазоне от «менее 30 лет» до «более 60 лет». При этом они не обнаружили никакой разницы выбранных показателей в зависимости от возраста [28]. Другая работа была выполнена при обследовании американских индейцев с зависимостью: авторы проследили возраст появления 36 клиниче-

ских и поведенческих признаков алкоголизма вплоть до возникновения ААС [19]. В этом же направлении выполнено исследование [24], в котором подробно описана последовательность 44 связанных с алкоголем событий и симптомов у больных алкоголизмом 20—40 лет. В эту группу работ можно также отнести работу [22], описывающую развитие симптоматики в первые два года после начала употребления алкоголя. Для нашей темы главным является то, что ни в одной из перечисленных работ нет даже намека на стадийность течения алкоголизма. Естественно, что многочисленные русские работы на эту тему никак не были замечены иностранными авторами.

Как видно, в последние годы изучение собственно течения алкоголизма — нечастое явление. Тем более не ставилась задача выделения этапов заболевания и проверки точности ранее описанной стадийности. Вот почему нелишне было вернуться к этой теме: этапы течения алкоголизма вкупе с возрастными особенностями течения этого заболевания.

Задачи исследования:

- 1) выделение этапов в течении алкоголизма на основе возрастных характеристик появления основных клинических симптомов заболевания;
- 2) возрастные особенности течения алкоголизма.

Объект исследования

Исходным материалом были данные обследования 181 больного, из которых 5 чел. поступили на стадии проблемного пьянства, а у 176 чел. был диагностирован *хронический алкоголизм* (F10.2 по МКБ-10). Все больные были мужчины без сопутствующих заболеваний, поступившие на лечение в отделение наркологии Московского научно-исследовательского института психиатрии. Сбор материала осуществляли 6 сотрудников отделения с января 1988 г. по апрель 1990 г.: двое исследователей обследовали 90 и 58 больных, остальные — от 5 до 13 больных. Структурированное интервью [4, 7] включало в себя 155 пунктов, в том числе 96 относящихся к анамнезу больных и 59 — к их клинической картине. Часть пунктов отражала возраст появления основных признаков алкоголизма в годах:

- 1) первое опьянение;
- 2) утрата рвотного рефлекса;
- 3) начало систематического употребления алкоголя (не более 1—2 раз в неделю, сопровождаемое опьянением);
- 4) начало злоупотребления (чаще 2 раз в неделю, сопровождаемое опьянением);
- 5) утрата контроля над ситуацией;
- 6) начало алкогольных конфликтов в семье или на работе в связи с алкоголем;
- 7) утрата контроля над количеством выпитого;

- 8) появление запоев;
- 9) появление влечения к алкоголю;
- 10) изменение характера опьянения (например, смена веселого настроения на раздражительное, гневливое или с агрессией);
- 11) появление ААС;
- 12) появление амнезий (выпадение из памяти длительных периодов опьянения);
- 13) изменение характера пьянства (существенное удлинение или учащение запоев, а также переход к постоянному пьянству).

Вопросы по этим пунктам перемежались другими вопросами, от 5 до 12. Перечисленные возрастные характеристики, учтённые с точностью до одного года, стали основным объектом исследования.

У 56 больных был полный набор вышеперечисленных признаков, у 42 больных отсутствовал один признак — возраст изменения характера пьянства. Остальные больные ($n=78$) были исключены из исследования в связи с отсутствием данных о возрасте изменения характера опьянения (25%), утраты ситуационного контроля (22%) и утраты рвотного рефлекса (13% больных). Данные об остальных признаках отсутствовали в 1—7%. Неполнота сведений была связана с тем, что больные затруднялись назвать однозначно возраст появления того или другого признака, хотя подтверждали его наличие (у 6% больных рвотный рефлекс отсутствовал изначально). Таким образом, материал исследования составили данные о 98 больных.

Методы исследования

Основной метод — ретроспективное структурированное интервью.

Первый этап состоял в сравнении включённых ($n=98$) и исключённых больных ($n=78$) по всем 13 признакам на основе критерия Манна—Уитни ($M-U_K$). Этот же критерий служил для валидации метода сбора информации разными интервьюерами. Для этого попарно сравнивали все показатели в трёх группах больных: у двух наиболее продуктивных интервьюеров (49 и 31 больных) и у остальных (18 больных).

Второй этап состоял в определении этапности заболевания (группировка симптомов во времени) с использованием критериев Фридмана (Friedman ANOVA test) и Дункана (Duncan method), а также кластерного анализа симптомов, которые были взаимодополняющими. И, наконец, последний этап — описание зависимости течения алкоголизма от возраста появления симптомов на основе сравнения прогрессивности течения в разных возрастных группах с помощью $M-U_K$.

Результаты исследования

Распределения всех вышеперечисленных возрастных признаков, как показано ранее на той же группе больных [5], отличались от нормального ($p<0,05—0,0001$), как и возраст больных при обследовании ($p=0,001$), а также период от начала злоупотребления до появления ААС. Поэтому для описания центральных тенденций алкоголизма использованы медиана (Me), межквартильное расстояние (MKP) и расстояние минимум-максимум ($M-M$).

Общая характеристика больных. Ко времени исследования больным было от 18 лет до 61 года (Me 35 лет; MKP 31—40 лет). У 31% больных родители злоупотребляли алкоголем, впервые — в 30 лет (Me ; MKP 26—34 года), через 3—4 года после возникновения ААС. У 52% больных ранее были терапевтические ремиссии, у 14% ремиссии были спонтанными, у 18% — как терапевтические, так и спонтанные (всего 84% больных). Терапевтические ремиссии продолжались от 1 до 96 мес. (Me 12 мес.), спонтанные — от 1 до 60 мес. (Me 6 мес.). Эти ремиссии иногда наступали в связи с присоединением соматической патологии.

70% больных были квалифицированными рабочими, 25% — служащими, половина которых имела высшее образование; 77% больных состояли в браке, у 38% был развод, у 27% отмечено снижение квалификации, 18% имели судимость.

У всех больных в потреблении доминировала водка. Первое опьянение происходило в компании сверстников (57%), старших по возрасту (25%) или в семье (16%). Начальная толерантность 0,2 л водки (Me ; MKP 0,15—0,25 л), в начале злоупотребления 0,7 л (MKP 0,5—1,0 л). У 43% больных стадия злоупотребления алкоголем сменилось запоями с ААС, у остальных — запои предшествовали выраженному ААС в течение 2,5 года (Me).

В целом, для всех больных ААС возникал в возрасте от 17 до 43 лет (Me 28 лет; MKP 25—31 год). В последний год перед обследованием запои продолжались 4 дня, ААС, следующий за запоями — 3 дня, а светлый промежуток до следующего запоя — 10 дней (все Me). Таким образом, цикл «запой — ААС — светлый промежуток» составлял в среднем 17 дней. У 9% больных (возраст до 33 лет) ААС появился на этапе систематического пьянства, у 19% — вместе с началом злоупотребления, у остальных — на фоне злоупотребления. За последний год запои удлинились у 52% больных, а ААС — у 61% больных. При этом удлинение запоев и ААС совпадало не всегда, только у половины больных.

У 19% больных было отмечено изменение личности по алкогольному типу, у 12% — по органическому типу; 8% ранее перенесли алкогольный психоз (от 19 до 55 лет).

При сравнении 12 признаков у включённых ($n=98$) и исключённых больных ($n=78$) значимых различий не обнаружено ($p>0,05$). При сравнении двенадцати показателей трёх групп больных, обследованных разными врачами, также не обнаружено значимых различий ($p>0,05$).

Этапность заболевания. Как показано ранее (авторы перечислены во введении), так и общая картина течения алкоголизма [5] и кластеризация этого течения [6] заболевания состоит из нескольких этапов, отличающихся возрастом его начала и скоростью нарастания симптоматики. Это подтверждают расчёты по критериям Фридмана и Дункана и результаты кластерного анализа симптомов (таблица). Результат периодизации представлен на рис. 1, который обнаруживает 3 этапа, включая формирование ААС (признаки 2—3, 4—8 и 10—12). Кластерный анализ симптомов подтверждает сходное распределение признаков по этапам заболевания (таблица).

Изменение характера пьянства (признак 13), по-видимому, обозначает начало четвёртого этапа. Однако алкоголизм только у половины обследованных больных продвинулся до этого признака, и только у трети двинулся дальше (изменение личности по алкогольному или органическому типу). Первое опьянение можно не относить к заболеванию (таблица), 9-й признак (начало запоев) может быть отнесён как ко 2-му, так и к 3-му этапам, но, скорее, к 3-му (таблица).

Возраст начала и прогрессивность алкоголизма. Предшествующий анализ проводился в поиске усреднённых закономерностей, без учёта индивидуального возраста появления симптомов у алкоголиков. Анализ течения алкоголизма в возрастном аспекте у отдельных больных выявляет, что прогрессивность заболевания зависит от возраста появления начальных симптомов (систематическое употребление, злоупотребление), предшествующих появлению ААС (рис. 2А): чем позже они появляются, тем медленнее развивается заболевание (рис. 2Б). Если ранжированный ряд из 98 больных (рис. 2Б) разделить на три равные подгруппы — (1), (2) и (3), соответствующие больным №№1—33, 34—66 и 67—98, то Me начала систематического употребления у этих больных: 20, 22 и 24 года ($p>0,05$), а Me разности возрастов систематического употребления и ААС: 4, 7 и 11,5 года ($p_{1-2}=0,025$; $p_{2-3}=0,000004$; $p_{1-3}=0,000000$).

В условиях ранжирования по возрасту появления ААС остальные признаки также описываются полиномом 3-й степени. Однако полином возраста первого опьянения составляет практически прямую линию, параллельную абсциссе. Возраст исчезновения рвотного рефлекса также мало информативен для течения алкоголизма, и только в молодом возрасте (до 18—20 лет) его коэффициент корреляции с ААС составляет

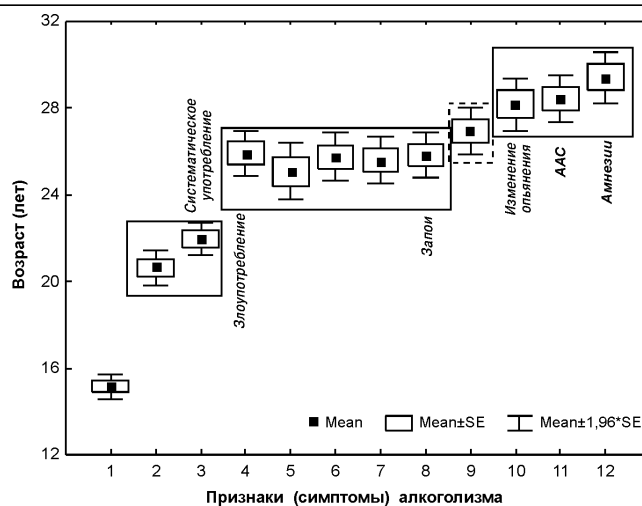


Рис. 1. Этапы течения алкоголизма. Симптомы заболевания: 1 — возраст первого опьянения; 2 — утрата рвотного рефлекса; 3 — начало систематического употребления; 4 — начало злоупотребления; 5 — утрата ситуационного контроля; 6 — начало алкогольных конфликтов; 7 — утрата количественного контроля; 8 — начало запоев; 9 — появление влечения к алкоголю; 10 — изменение характера опьянения; 11 — появления алкогольного абстинентного синдрома; 12 — появления амнезий; I, II и III — последовательные этапы алкоголизма

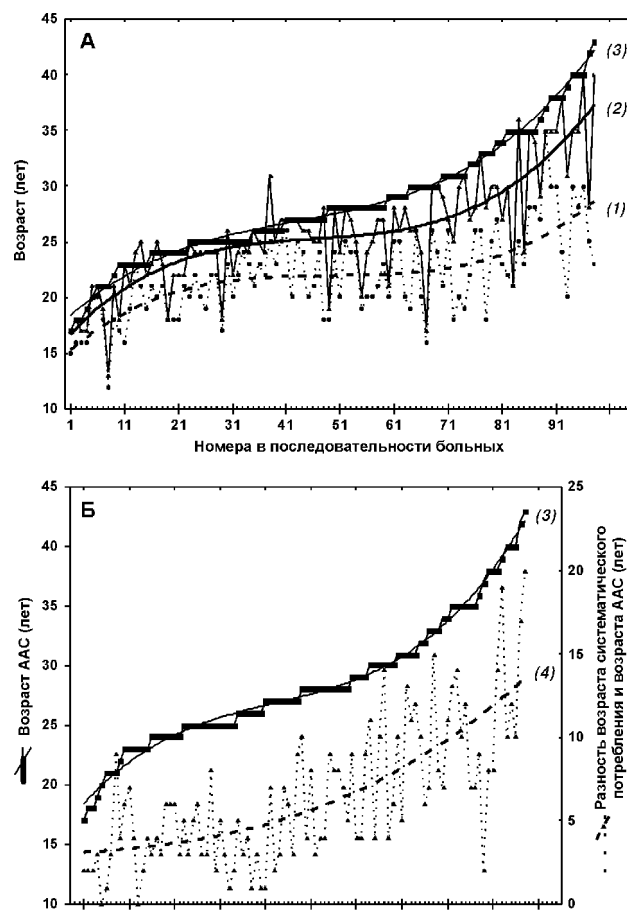


Рис. 2. Заболеваемость по этническим группам

Этапность алкоголизма
на основе методов Фридмана (Friedman ANOVA), Дункана (Dunkan method) и кластерного анализа

	Переменные	Метод Фридмана	Средняя	Метод Дункана						Кластерный анализ		
		Average Rank		1	2	3	4	5	6	1	2	3
1	Первое опьянение	1.06	15.15						****	4.7		
2	Утрата рвотного рефлекса	3.32	20.63					****		3.0		
3	Начало систематического употребления	3.56	21.97					****		3.6		
4	Начало злоупотребления	6.90	25.93	****	****						2.6	
5	Утрата ситуационного контроля	6.80	25.07	****							3.7	
6	Начало алкогольных конфликтов	6.91	25.74	****	****						2.2	
7	Утрата количественного контроля	6.69	25.59	****	****						2.2	
8	Начало злоупотребления	6.76	25.84	****	****						3.2	
9	Появление влечения к алкоголю	7.63	26.94		****	****						2.7
10	Изменение характера опьянения	9.09	28.18			****	****					2.4
11	Появление ААС	9.29	28.43			****	****					2.2
12	Появление амнезий	9.99	29.42				****					2.6

Примечание. | — расстояние от центра соответствующего кластера

$r_s=0,439$ ($p=0,012$), а для более позднего возраста он становится незначимым ($r_s=0,099$, $p=0,431$). У молодых алкоголиков изменение характера опьянения и амнезии часто появляются после возникновения ААС или на его фоне в отличие от старших, у которых эти симптомы предшествуют ААС (рис. 1).

Обсуждение

При разнообразии течения алкоголизма наиболее распространённый тип динамики заболевания определяется приращением во времени новой симптоматики и увеличением её тяжести при продолжающемся пьянстве. Богатство симптоматики алкоголизма позволяет описывать течение заболевания, его этапность разными способами. В настоящем исследовании это сделано на основе возраста, в котором появляются 13 существенных симптомов. Обычно признаки алкоголизма, возникнув, при продолжающемся злоупотреблении утяжеляются, что утяжеляет течение заболевания. Но эта качественная сторона заболевания осталась за пределами исследования, как и некоторые другие признаки алкоголизма. По тем признакам, которые учтены в исследовании, алкоголизм выборки больных нельзя считать лёгким: большинство больных лечилось повторно, имело высокую толерантность, а половина — утяжеление запоев и ААС за последний год; некоторые перенесли алкогольный психоз.

На основе критериев Фридмана и Дункана, а также кластерного анализа симптомов (таблица) можно выделить 3 этапа, включая ААС (рис. 1 и таблица). Влечение к алкоголю (9-й признак) может быть от-

несён как ко 2-му, так и к 3-му этапам. Первое опьянение нельзя относить к алкоголизму ни по смыслу, ни в результате построения полинома, ни при анализе на основе методов Фридмана и Дункана (рис. 1). Ранее было показано, что возраст первого опьянения очень слабо коррелирует с возрастом остальных симптомов алкоголизма ($Me\ r_s=0,24$ [5]).

Положение в пространстве признаков такого симптома, как «изменение характера пьянства» (№13), позволяет думать, что этот симптом начинает четвёртый этап алкоголизма. Но один симптом не делает этапа. А впереди у наших больных, возможно, ещё несколько этапов, составляющих исход заболевания и включающих ряд факультативных симптомов: снижение толерантности и переход к эпизодическому употреблению алкоголя, утрата эйфоризирующего эффекта алкоголя и уменьшение тяжести ААС, алкогольная деградация психики [2].

Три этапа заболевания, описанные в данной работе, можно соотнести с первыми двумя стадиями И.В. Стрельчука [8, 9]. Несомненно, этапов алкоголизма больше, чем три, но материал работы «не пустил» исследование дальше третьего этапа. Преимущество количественного подхода состоит в том, что начало этапов привязано к появлению сравнительно чётко очерченной клинической симптоматики. Это даёт возможность:

- более точно оценить начало того или другого этапа, а значит степень развития заболевания у конкретного больного;
- «измерить» продолжительность этапов и, соответственно, оценить прогрессивность заболевания.

Точность оценки составляет 1 год приблизительно у 80% больных.

Трёхфазную динамику алкоголизма, включающую ААС, надо понимать как общую тенденцию. Из этого правила есть редкие исключения: у пяти больных почти линейное во времени нарастание симптомов на всём протяжении заболевания. У двоих из этих больных это было свидетельством особенно злокачественного течения алкоголизма, в результате чего они проделали путь от первого опьянения (в 14 и 20 лет) до возникновения ААС (в 18 и 24 года) за 4 года без каких-либо признаков фазности. У трёх других больных с линейным нарастанием симптоматики течение заболевания было более медленным, а значит, благоприятным.

Ранее указывалось на зависимость тяжести ААС от возраста первого употребления алкоголя: чем раньше первое употребление, тем тяжелее ААС [20]. В нашем предыдущем исследовании [5] тяжесть ААС (глубина) не оценивалась, но измерялась его длительность (тоже показатель тяжести), и на нашем материале предположение, высказанное в [24] не подтвердилось, как и в другом исследовании [28]. Не подтвердилось оно и в настоящем исследовании: возраст первого опьянения не вошёл в первый этап алкоголизма (рис. 1), а при возрастающем ранжировании возраста ААС полином возраста первого опьянения составлял почти прямую линию, параллельную абсциссе. Это означает, что алкоголизм начинается не этой формой поведения, даже у больных.

Другой начальный симптом — возраст исчезновения рвотного рефлекса как начало заболевания — информативен только в юношеском и молодом возрасте (до 18—20 лет), а позже он теряет связь с остальными симптомами. С большей уверенностью можно сказать, что алкоголизм начинается с систематического употребления как в юношеском, так и более позднем возрасте (рис. 1А).

За рамками исследования остался важный вопрос, насколько часто в популяции потребителей алкоголя систематическое употребление, т.е. пьянство, через ряд симптомов переходит в запой и ААС, т.е. перерастает в окончательно сформированное заболевание.

Следует подчеркнуть, что алкоголизм в юношеском и молодом возрасте (до 18—20 лет) отличается некоторыми особенностями от алкоголизма взрослых. Это, прежде всего, — более стремительное течение, которое, начавшись в 15—20 лет, за 3—4 года формирует ААС (рис. 2Б). У небольшой части больных ААС развился вместе с началом систематического употребления или через год после этого (рис. 2А). Путь от систематического употребления до ААС взрослые больные продвигают в среднем за 10 лет (у половины больных от 8 до 13 лет). И чем позже

начинается систематическое употребление, тем продолжительнее путь до ААС.

Другая особенность раннего алкоголизма состоит в том, что изменение характера опьянения и алкогольные амнезии появляются позднее относительно взрослых больных, часто на фоне развившегося ААС. При этом надо иметь в виду, что как эти, так и другие закономерности, описанные в статье, имеют не абсолютный, а вероятностный характер.

Список литературы

1. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. — Л., 1976. — 119 с.
2. Генин А.К. Возможный стереотип течения хронического алкоголизма // Сборник научно-практических трудов врачей Вологодской области. — Вологда, 1993. — С. 24—27.
3. Гофман А.Г. О течении алкоголизма и усовершенствовании классификации его стадий // V Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — 1985. — Т. 2. — С. 35—38.
4. Крылов Е.Н., Немцов А.В. Методика учёта влечения к алкоголю // Проблемы наркологии-89: Сборник научных трудов Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — 1989. — С. 68—72.
5. Немцов А.В., Орлов А.В. Количественная характеристика течения алкоголизма: возрастной аспект // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2011. — Т. 111(5). — С. 60—68.
6. Немцов А.В., Орлов А.В. Количественная характеристика течения алкоголизма: порядок появления признаков заболевания // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2011. — Т. 111(6). — С. 58—63.
7. Немцов А.В., Папсуева О.В. К методике обследования больных алкоголизмом в подростково-юношеском и молодом возрасте на основе стандартизированной, квантификационной анамнестической карты // Патогенез, клиника, терапия алкоголизма и алкогольных психозов: Сборник научных трудов Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — 1986. — С. 101—112.
8. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М., 1966. — 331 с.
9. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М., 1973. — 384 с.
10. Ураков И.Г., Качаев А.К. Типы течения хронического алкоголизма // Проблемы алкоголизма: клиника, патогенез, терапия. — М. — 1976. — С. 10—16.
11. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. — М., 1977. — 166 с.
12. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М., 1979. — 388 с.
13. Bruijn de C., Korzec A., Koerselman F., Brin W.D. Craving and withdrawal as core symptoms of alcohol dependence // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2004. — Vol. 192. — P. 494—501.
14. Bruijn de C., Brink van den W., Graafde R., Vollebergh W. Alcohol abuse and dependence criteria as predictors of a chronic course of alcohol use disorders in the general population // Alcohol and Alcoholism. — 2005. — Vol. 40. — P. 441—446.
15. Bruijn de C., Brink van den W., Graafde R., Vollebergh W. The craving withdrawal model for alcoholism: towards the DSM-V. Improving the discriminant validity of alcohol use disorder diagnosis // Alcohol and Alcoholism. — 2005. — Vol. 40. — P. 314—322.
16. Bruijn de C., Brink van den W. Validity of the one-criterion threshold for an alcohol abuse diagnosis // American Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 2400—2401.

17. Dick D.M., Aliev F., Viken R., Kaprio J., Rose R.J. Rutgers Alcohol Problem Index Scores at age 18 predict alcohol dependence diagnoses 7 years later // *Alcohol, Clinical and Experimental Research*. — 2011. — Vol. 35. — P. 1011—1014.
18. Driessen M., Lange W., Junghanns K., Wetterling T. Proposal of a comprehensive clinical typology of alcohol withdrawal // *Alcohol and Alcoholism*. — 2005. — Vol. 40. — P. 308—313.
19. Ehlers C., Wall T., Betancourt M., Gilder D. The Clinical Course of Alcoholism in 243 Mission Indians // *American Journal of Psychiatry*. — 2004. — Vol. 161. — P. 1204—1210.
20. Hingson R., Heeren T., Winter M. Age of alcohol-dependence onset: associations with severity of dependence and seeking treatment // *Pediatrics*. — 2006. — Vol. 118. — P. e755—e763.
21. Li T., Hewitt B., Grant B. The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later: a commentary. The 2006 H. David Archibald lecture // *Addiction*. — 2007. — Vol. 102. — P. 1522—1530.
22. McBride O., Cheng H. Exploring the emergence of alcohol use disorder symptoms in the two years after onset of drinking: finding from the National Surveys on Drug Use and Health // *Addiction*. — 2010. — Vol. 106. — P. 555—563.
23. Reardon S.F., Buka S.L. Differences in onset and persistence of substance abuse and dependence among whites, blacks, and Hispanics // *Public Health Repors*. — 2002. — Vol. 117. — P. S51—S59.
24. Schuckit M.A., Anthenelli R.M., Bucholz K.K. The time course of development of alcohol-related problems in men and women // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1995. — Vol. 56. — P. 218—225.
25. Schuckit M.A., Smith T.L., Landi N.A. The 5-Year Clinical Course of High-Functioning Men with DSM-IV Alcohol Abuse or Dependence // *American Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 157. — P. 2028—2035.
26. Schuckit M.A., Smith T.L., Danko G.P., Bucholz K.K. Five-Year Clinical Course Associated With DSM-IV Alcohol Abuse or Dependence in a Large Group of Men and Women // *American Journal of Psychiatry*. — 2001. — Vol. 158. — P. 1084—1090.
27. Schuckit M.A., Smith T.L., Danko G.P., Kramer J. et al. Prospective Evaluation of the Four DSM-IV Criteria for Alcohol Abuse in a Large Population // *American Journal of Psychiatry*. — 2005. — Vol. 162. — P. 350—360.
28. Wojnar M., Wasilewski D., Zmigrodzka I., Grobel I. Age-related differences in the course of alcohol withdrawal in hospitalized patients // *Alcohol and Alcoholism*. — 2001. — Vol. 36. — P. 577—583.

STAGES AND AGE-RELATED CHARACTERISTICS OF ALCOHOLISM COURSE

NEMTSOV A.V. Moscow Research Institute of Psychiatry of Russian Ministry of Public Health and Social Development

Objectives: quantitative evaluation for stages and running course of alcoholism based on age-related characteristics of clinical symptoms onset. **Materials:** the age of onset for the thirty symptoms of disorder in 98 patients with alcoholism (from 18 to 61 years of age; median 35 years). **Results:** The running course of alcoholism up to withdrawal syndrome (WS) onset has 3 stages of different progredience: before the abuse (mean 5 years), from abuse onset till craving for alcohol onset or shift in drunk condition (1—2 years), and on till the WS onset or black-outs onset (1—2 years). Alcoholism in adolescent and younger ages (18—20 years) has higher progredience and produces WS after 3—4 years, unlike the alcoholism in adults, which takes 8—13 years. The later systematic consumption begins the longer is time to form WS. **Conclusion:** The 3 stages in running course of alcoholism before the WS onset are defined basing on quantitative evaluation. The earlier systematic consumption begins the faster is onset of WS.

Key words: alcoholism, stages of disorder, running course of alcoholism in younger and adolescent age