Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2025, т. 125, №10, с. 42–50
https://doi.org/10.17116/jnevro202512510142

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2025, vol. 125, no. 10, pp. 42–50
https://doi.org/10.17116/jnevro202512510142

Реабилитация лиц с алкогольной зависимостью, сформированной в среднем и пожилом возрасте и осложненной вторичными органическими психическими расстройствами в пожилом возрасте

© Р.А. КАРДАШЯН[1], А.А. ЕФРЕМОВ[2], В.Ю. ПРОНИН[3]

[1]ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;
[2]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия;
[3]ГБУЗ МО «Московский областной клинический наркологический диспансер», Подольск, Россия

Резюме

Цель исследования. Оценить эффективность предложенной программы реабилитации для лиц с алкогольной зависимостью (АЗ), сформированной в среднем и пожилом возрасте и осложненной вторичными органическими психическими расстройствами (ВОПР) в пожилом возрасте.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты мужского пола в возрасте 67,5±7,2 года, которые были разделены на 2 группы в зависимости от возраста возникновения АЗ: 1-я группа — 21 человек (36,2%), зависимость возникла в возрасте 51,6+1,2 года, а симптомы ВОПР — в 61,8+2,1 года; 2-я группа — 37 человек (63,8%), зависимость сформировалась в возрасте 64,5+2,5 года, а ВОПР — в 71,3+2,8 года. Использованы методы: анкетирование — социальное интервью; клинический (сбор анамнеза, динамическое наблюдение); оценка психического статуса с использованием различных шкал (квантифицированная шкала оценки выраженности психопатологических расстройств, клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю, шкала анозогнозии, «Опросник оценки качества ремиссии в удаленных и труднодоступных регионах» в стадии формирования ремиссии); катамнестический; статистический (параметрический, непараметрический).

Результаты. В результате проведенной реабилитационно-профилактической помощи в обеих группах произошло достоверное ($p<0,05$) снижение интенсивности психопатологических расстройств. Через 12 месяцев у пациентов 1-й и 2-й групп наблюдалось повышение уровня критического отношения к болезни ($p<0,05$) относительно исхода и 6-го месяца ремиссии. Балльная оценка критического отношения к болезни равнялась соответственно 32,0±1,0 и 29,15±1,75 баллам. Через 6 месяцев оценка субъективного восприятия качества жизни свидетельствовала о ремиссии среднего качества (в 1-й группе 65,38±2,16, во 2-й группе 73,25±3,86 балла), а через 12 месяцев — удовлетворительное качество жизни и удовлетворительную реализацию своих планов, хорошие семейные отношения (в 1-й группе 70,22±1,18, во 2-й группе 80,17±3,69 баллов).

Заключение. Предложенная поэтапная дифференцированная программа реабилитационно-профилактической помощи позволила у значительной части пациентов 1-й и 2-й группы добиться ремиссии соответственно среднего и высокого качества со снижением патологического влечения к алкоголю до незначительной интенсивности, возникающей ситуативно.

Ключевые слова: *реабилитация, программа реабилитации, алкогольная зависимость, осложненная вторичными органическими психическими расстройствами.*

Информация об авторах:
Кардашян Р.А. — https://orcid.org/0000-0002-5216-1813
Ефремов А.А. — https://orcid.org/0009-0006-3403-1747
Пронин В.Ю. — https://orcid.org/0000-0001-6688-9162
Автор, ответственный за переписку: Кардашян Р.А. — e-mail: rakar_26@mail.ru

Как цитировать:
Кардашян Р.А., Ефремов А.А., Пронин В.Ю. Реабилитация лиц с алкогольной зависимостью, сформированной в среднем и пожилом возрасте и осложненной вторичными органическими психическими расстройствами в пожилом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(10):42–50. https://doi.org/10.17116/jnevro202512510142

Rehabilitation of persons with alcohol dependence occurred in middle and elderly age and complicated by secondary organic mental disorders in elderly age

© R.A. KARDASHYAN[1], A.A. EFREMOV[2], V.YU. PRONIN[3]

[1]Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba University, Moscow, Russia;
[2]Central State Medical Academy of the Department of Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow, Russia;
[3]Moscow Regional Clinical Narcological Dispensary, Podolsk, Russia

Abstract

Objective. To assess the effectiveness of the proposed rehabilitation program for persons with alcohol dependence (AD) occurred in the middle and elderly age and complicated by secondary organic mental disorders (SOMD) in elderly age.

Material and methods. The study included male patients aged 67.5±7.2 years, divided into two groups depending on the age of onset of AD: Group 1 included 21 subjects (36.2%) with dependence onset at the age of 51.6±1.2 years, and SOMD symptoms at 61.8±2.1 years; Group 2 included 37 subjects (63.8%) with dependence onset at the age of 64.5±2.5 years and SOMD at 71.3±2.8 years. The following methods were used: questionnaire — social interview; clinical (medical history, follow-up); assessment of mental status using various scales (quantified scale for assessing the severity of psychopathological disorders, clinical scale for assessing pathological alcohol craving, anosognosia scale, "Questionnaire for Assessing the Quality of Remission in Remote and Hard-to-Reach Regions" during the remission); prospective observation; statistical methods (parametric, non-parametric).
Results. Rehabilitation and preventive care in both groups resulted in a significant ($p<0.05$) improvement of psychopathological disorders. After 12 months, patients in Groups 1 and 2 showed an increase in the level of critical attitude toward the disease ($p<0.05$) relative to the outcome and 6 months of remission. The critical attitude score was 32.0±1.0 and 29.15±1.75 points, respectively. After 6 months, the assessment of self-reported of quality of life showed remission of average quality (65.38±2.16 points in Group 1 and 2 73.25±3.86 points in group), and after 12 months, a satisfactory quality of life and satisfactory implementation of their plans, good family relations (70.22±1.18 points in Group 1 and 80.17±3.69 points in Group 1).
Conclusion. The proposed step-by-step differentiated rehabilitation and preventive care program has helped many patients of Groups 1 and 2 achieve remission of medium and high quality, respectively, with a decrease in pathological alcohol craving to a non-significant grade that occurs contextually.

Keywords: *rehabilitation, rehabilitation program, alcohol dependence complicated by secondary organic mental disorders.*

Information about the authors:
Kardashyan R.A. — https://orcid.org/0000-0002-5216-1813
Efremov A.A. — https://orcid.org/0009-0006-3403-1747
Pronin V.Yu. — https://orcid.org/0000-0001-6688-9162
Corresponding author: Kardashyan R.A. — e-mail: rakar_26@mail.ru

To cite this article:
Kardashyan RA, Efremov AA, Pronin VYu. Rehabilitation of persons with alcohol dependence occurred in middle and elderly age and complicated by secondary organic mental disorders in elderly age. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2025;125(10):42–50. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202512510142

От длительности и эффективности реабилитации больных наркологического профиля зависит качество ремиссии. По данным авторов [1], своевременное и адекватное использование реабилитационных программ повышает эффективность ремиссии до 70%. Важной задачей является также профилактика рецидивов [2]. Акцент в сторону амбулаторных форм реабилитации является приоритетной задачей развития наркологии на государственном уровне («Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2030 г.», 2020 г.).

Важно привлечь не только больного в программу реабилитации, сформировать у него мотивацию, дезактуализировать патологическое влечение к алкоголю (ПВА), но и необходимо участие в реабилитации семьи, родственников, проведение семейной психокоррекционной и психотерапевтической работы, что может существенно снизить частоту рецидивов [3].

В настоящее время имеется множество методов психотерапии и фармакотерапии, однако, тем не менее, рецидив алкогольной зависимости достаточно высок. Так, по данным P. Balbinot и соавт. [4], частота срывов после реабилитации составляет от 57 до 75%, схожие данные приводит Y-J. Wang и соавт. [3] — от 58 до 66% случаев, причем рецидивы возникают в течение 3 месяцев после завершения терапии. Значение имеет интенсивность и продолжительность лечения. Однако, по данным L. Kramer Schmidt и соавт. [5], не выявлено связи между длительностью терапии и продолжительностью ремиссии в амбулаторных условиях. Стоит отметить, что с течением времени длительность ремиссии укорачивается. Возможно, на длительность ремиссии оказывают влияния не только качество проводимой фармакотерапии и психотерапии, а также конституционально обусловленные индивидуальные особенности организма, индивидуальная предрасположенность личности к формированию аддикции.

Для предотвращения рецидива A. Koopmann и соавт. [6] рекомендуют, прежде всего, квалифицированно лечить синдром отмены.

Злоупотребление алкоголем лицами второй половины среднего возраста и пожилого возраста ускоряет возникновение новых заболеваний, в том числе и вторичных органических психических расстройств (ВОПР) различной степени выраженности, обостряет уже существующие соматические расстройства, частота которых с возрастом увеличивается [7—16]. Одновременное существование алкоголизма и органических психических расстройств усложняет течение каждой нозологии, влияя друг на друга, изменяя развитие и течение обоих заболеваний, воздействуя на прогредиентность процесса, формирование ремиссии, ее стойкость и прогноз [17—22], обусловливая высокий риск рецидива. Возможно, и возраст возникновения алкоголизма и присоединения органических психических расстройств оказывает влияние на течение обоих заболеваний [17].

Несмотря на имеющиеся на сегодняшний день научные исследования относительно проведения адекватной реабилитации для достижения стабильной ремиссии, вопрос этот остается недостаточно изученным, в связи с чем актуальность данной проблемы не вызывает сомнения [23—26].

Цель исследования — оценка эффективности предложенной программы реабилитации для лиц с алкогольной зависимостью, сформированной в среднем и пожилом возрасте, и ВОПР в пожилом возрасте.

Материал и методы

Исследование проводилось в ГБУЗ «Подольский наркологический диспансер» МЗ Московской области», г. Подольск с 2019 по 2022 г. Объектом исследования являлись 58 пациентов только мужского пола для чистоты исследования, средний возраст 67,5±7,2 года.

Критерии включения: возраст от 60 до 74 лет, установленный диагноз алкогольной зависимости II стадии, осложненной ВОПР (F10.2, F06.6; F06.7).

В зависимости от возрастного диапазона возникновения алкогольного синдрома отмены (АСО), осложненного ВОПР, пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — возникновение АСО в 50,6+1,2 года (n=21, 36,2%), 2-я — формирование АСО в 66,2+2,5 года (n=37, 63,8%). У лиц 1-й группы симптомы ВОПР после сформированного алкоголизма возникали в 61,8+2,1 года, а у больных 2-й группы — в 71,3+2,8 года. Группы были сопоставимы по возрасту и социально-демографическим показателям.

Критерии исключения: сопутствующие эндогенные психические заболевания, тяжелые органические поражения головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, эпилепсия, тяжелые соматические заболевания в стадии обострения, сочетанное злоупотребление алкоголя с другими психоактивными веществами, кроме табака.

Все больные были осмотрены врачом-терапевтом и врачом-невропатологом. Верификация диагноза осуществлялась на основе оценки актуального психического и наркологического состояния, данных анамнеза из материалов медицинской документации, субъективных данных.

Были использованы следующие методы: социологический (анкетирование) — «Анамнестическая карта пациентов пожилого возраста с органическими психическими расстройствами, коморбидные алкогольной зависимостью» (данные анамнестические и катамнестические, раннего онтогенеза, типичных клинических синдромов) [27]; клинико-катамнестический (сбор анамнеза, динамическое наблюдение); оценка психического статуса в динамике с использованием объективной шкалы квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств [28]; клинической шкалы оценки ПВА В.Б. Альтшулера [29]; шкалы анозогнозии М.В. Деминой [30]; «Опросника оценки качества ремиссии в удаленных и труднодоступных регионах» (ООКРУТР) в стадии формирования ремиссии [31].

Проведение исследования одобрено комитетом по этике научных исследований 18 ноября 2020, протокол №6 ФГАОУ «Российский университет дружбы народов». Пациенты при включении в исследовательскую выборку заполняли информированное согласие.

Статистический анализ. Для статистического анализа, обработки данных применили параметрический и непараметрический методы [32, 33]. Для установления статистической достоверности различий в случаях, подчиняющихся закону нормального распределения, использовался параметрический t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок. U-критерий Манна—Уитни использовали для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо количественного признака. Для корреляционной связи между двумя показателями, измеренными в количественной шкале, использовали критерий корреляции Пирсона. Для сравнения количества процентных данных (долей) применили Критерий хи-квадрат.

Результаты

Ранее [27, 34] на основании клинических данных, психологических-психометрических-, экспериментально-психологических (оценка памяти, мышления внимания и утомляемости, MMSE) и функциональных метолов исследования (ЭЭГ, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) были установлены у лиц 1-й и 2-й групп со сформированным алкогольным синдромом зависимости соответственно в 9,5% (n=2) и 45,9% (n=17) случаев F06.6, органические эмоционально-лабильные расстройства (ОЭЛР) без когнитивных нарушений (F10.2, F06.6, в 38,1% (n=8) и 40,5% (n=15) эпизодов — F06.6, ОЭЛР с «субъективными когнитивными нарушениями» (мягкие когнитивные расстройства) (F10.2, F06.6), а в 52,4% (n=11) и 13,5% (n=5) — F06.7, легкое когнитивное расстройство (ЛКР) (F10.2, F06.7).

Программа реабилитации была упрощена и сокращена, учитывая возраст и когнитивные способности лиц пожилого возраста.

Программа реабилитационно-профилактической помощи проводилась амбулаторно в течение 12 месяцев и состояла из нескольких этапов.

Первый этап (10—14 дней) — адаптационный (психофармакологический, лечебно-оздоровительный). Он был направлен на проведение этиологической и патогенетической фармакотерапии. Всем пациентам после купирования острых явлений АСО в течение 7—10 дней проводили купирование его отставленных явлений, устранение побочных эффектов, соматических, агрипнических, аффективных, невротических и неврозоподобных расстройств: внутрь — тофизопам, 50—300 мг/сут, при необходимости алимемазин 15 мг/сут; этилметилгидроксипиридина сукцинат 750 мг/сут; фосфолипиды 400 мг/сут.; мемантин (10 мг/сут) в сочетании с галантамином (8 мг/сут) постоянно; средства противорецидивной терапии — цианамид внутрь по 12 капель (36 мг цианамида) 2 раза/день в виде курсовой терапии. Два раза в год проводили: церебролизин 10 мл/в/в струйно и этилметилгидроксипиридина сукцинат в/м 250 мг/сут. После купирования отставленных явлений АСО в течение 2—3 дней проводили индивидуальную рациональную психотерапию, готовили больных к вхождению в реабилитационно-профилактическую программу.

В лечебно-оздоровительный комплекс входила транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапии), проводимая перед сеансом психотерапии, на этапе отмены антидепрессантов, нейролептиков, анксиолитиков. Она была направлена на избирательную и дозированную активации структур, вырабатывающих эндогенные опиоидные пептиды — β-эндорфин. Длительность курса составила 5 дней, а продолжительность сеанса — 20 минут, использовался импульсный ток силой от 1 до 3 мА.

На втором этапе (интеграционный, психотерапевтический) бригада психотерапевтов и психологов проводила психотерапевтические мероприятия в течение 9 месяцев, направленные на актуализацию компенсаторных механизмов через развитие личности и семейных отношений (нейролингвистическое программирование (НЛП), рациональная, личностно — ориентированная, когнитивно-поведенческая, аутотренинг, арт-терапия, музыкотерапия, бихевиоральная, гипнотерапия, кодирование по А.Р. Довженко, семейная терапия) [35—45]. Согласие на вовлечение в программу реабилитации больные 1-й и 2-й группы

давали соответственно в 73,5% (n=36) и 85,3% (n=29) случаев. Отказывались от участия в программе и выбывали в ходе реабилитации чаще всего пациенты с конформной, истероидной, неустойчивой личностными особенностями. В группах было по 8—10 человек. Первые 2 сеанса психотерапии были направлены на создание у пациентов мотивации на ведение трезвого образа жизни [46—52]. Для улучшения когнитивных функций на каждом сеансе проводили разнообразные умственные упражнения длительностью 10 мин., направленные на уменьшение своих негативных мыслей и замене их конструктивными и рациональными (прочитать, запомнить и воспроизвести список из 10 слов; массаж ушной раковины, упражнения для шеи).

Методы психотерапии применялись с учетом психического статуса, характерологических особенностей, предрасположенности пациентов к тому или иному методу. Психотерапию проводили дифференцированно. При доминировании идеаторного компонента [53, 54] психотерапия была направлена на совладение своими мыслями, чувствами; отказ от употребления алкоголя в случае возникновении тяги с использованием неприятных и приятных искусственно вызванных образов; выявление «ошибок мышления» и их устранение. В случае превалирования аффективного компонента влечения упор делали в сторону выявления всех негативных чувств у пациента, устанавливали связь между эмоциями и патологическим влечением, обсуждали о последствиях психического и физического здоровья алкоголизации («горячий стул», «пустой стул»). При преобладании поведенческого компонента тяги к алкоголю учили пациента разбирать ситуации и причины, поведение, предшествующие алкоголизации, а также ее проявления и последствия, управлять эмоциями, отказаться от приема алкоголя, оценивать свои принятые решения (количественное мышление).

При проведении личностно-ориентированной психотерапии учитывались характерологические особенности пациентов: лицам с неустойчивыми и психастеническими личностными особенностями терапия была направлена на повышение их психоэмоционального состояния, волевых качеств; пациентам с истерическими и возбудимыми личностными особенностями — на стабилизацию аффективных перепадов; больным с шизоидными типами личностных особенностей — на мыслительную сферу, получение положительных эмоций без алкоголя; лицам с гипертимным типом личности — на удержание дистанции, но без директивных методов. При превалировании конформных личностных особенностей психотерапия была направлены на формирование убеждений, установок, привычек, направленных на повышение уверенности в своих силах, поиск позитивных ресурсов; сенситивных и лабильных личностных особенностей — на стимулирование повышения личностного роста, доверия себе и окружающим, устойчивости к влиянию внешних факторов и мнений; эпилептоидной акцентуации характера — на усиление положительных личностных особенностей пациента, чувства их собственного достоинства, самолюбия, а затем проводились внушения корригирующего, воспитывающего характера; циклоидного типа личности — на проведение поведенческой и рациональной индивидуальной психотерапии; астено-невротического типа личности — на укрепление физического и психического здоровья, развитие уверенности в себе, чередование физических и умственных нагрузок, повышение самооценки.

У всех пациентов формировали мотивацию на здоровый образ жизни, активацию собственных жизненных установок и поведения. Применяли сочетание бихевиорального метода (выработка аверсии к запаху и вкусу алкоголя — ежедневный прием не менее 1 раза в день крепкого отвара чабреца в виде чая) с когнитивно-поведенческой психотерапией [55, 56].

Использовались техники НЛП [57—60] **(табл. 1)**.

Больным с преобладанием социально-психологических (традиционные) и личностных (атарактические) мотивов потребления алкоголя применяли кодирование по методу А.Р. Довженко [36] в сочетании с пассивной музыкотерапией (музыка Рушеля Блаво) в авторской интерпретации. Сперва для введения в трансовое состояние включалась музыка «оптимистической тональности» в течение 10 мин. В это время давали установку на полное равнодушие, безразличие и отвращение к алкоголю. Далее включалась музыка «стрессовой тональности», на фоне которой психотерапевт давал установку о тяжелых последствиях в случае приема алкоголя для самого пациента. Закрепляли установку введением эмоционально-стрессового коктейля в ротовую полость. Завершали сеанс снова на музыке «оптимистической тональности», что способствовало усилению установки на трезвость. Сеанс гипнотерапии длился 30 минут. Проводили лицам 1-й и 2-й групп при их согласии, соответственно у 23,5% (n=4) и 27,3% (n=9) человек.

Психокоррекционная работа включала 26 индивидуальных (из них 2 занятия мотивационная терапия Миллера) и 32 групповых занятий (из них 8 занятий для апробирования полученного опыта в конце каждого месяца) длительностью 40 мин. Первые 3 месяца занятия проводили с частотой 2 раза в неделю (1 — индивидуальное, 1 — групповое), в последующие 6 месяцев — 1 раз в неделю.

Раз в месяц проводили ситуационно-психологический тренинг (апробирование полученного опыта), направленный на повышение степени осознания больными наличия у себя патологического влечения к алкоголю, выявление признаков его проявления и обучение методам противодействия, выработку навыков аутогенной релаксации, разбор «критических ситуаций» и закрепление у пациентов новых стереотипов поведения.

Семейная терапия [50] была направлена на разрушение патологических стереотипов, улучшение социальных навыков, преодоление явлений созависимости; проводилась в форме лекций, дискуссий, сеансов индивидуальной и групповой психотерапии с частотой 1 раз в 2 недели.

Третий этап (психопрофилактический, стабилизационный) был направлен на профилактику срыва и распознавание его предвестников (выявление личностных конфликтов и уязвимых свойств личности, патологических поведенческих паттернов, их коррекцию, «границ безопасности»), гармонизацию межличностных и семейных отношений, формирование ассертивного поведения, разработку «индивидуального плана выздоровления — плана трезвости», формирование реалистичного плана жизни, участие в семейных сессиях, проводился амбулаторно 1 раз в 2 недели в течение 3-х месяцев, начиная с 9 месяца программы, и включал проведение краткосрочной личностно-ориентированной терапии и информационно-познавательный блок (лекции, семинары, круглые столы, тематические фильмы), социальную поддержку, при необходимости — лечение соматических заболеваний.

Структура личности больного, зависимого от алкоголя, включает в себя следующие профили: «био» (алкогольная наследственность), «психо» (структура личности), «социо» (неблагоприятная социальная среда), «духовный» (отсут-

Табл. 1. **Применение техник нейролингвистического программирования в зависимости от личностных особенностей пациентов**
Table 1. **The use of neurolinguistic programming techniques depending on the personality traits of patients**

Личностные особенности	Используемые методики и техники НЛП	Мишени воздействия техник НЛП
Психастенические и неустойчивые	Техника создания мотивации Техника изменения места ценностей в иерархии Техника создания неотразимого будущего Техника иерархии критериев Р. Дилтса	Создание мотивации на излечение Создание и мобилизация волевых качеств Трансформация неэкологичных убеждений. Оптимизация психоэмоциональных состояний Возвращение адекватной самооценки Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)
Истерические и возбудимые	Техника «Шоколад леди Годива» Техника создания неотразимого будущего Техника анализа экологичности убеждения Техника «Шестишаговый рефрейминг»	Создание мотивации на излечение Стимулирование поиска пациентом положительных способов решения главной проблемы жизни Создание качеств, необходимых для устранения аффективных нарушений. Трансформация неэкологичных убеждений Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)
Шизоидные	Техника изменения места ценностей в иерархии Техника изменения убеждений Техника взмаха Р. Бендлера	Создание мотивации на излечение Воздействие на идеаторную сферу больного Обучение пациентов испытывать положительные ощущения без помощи алкоголя Трансформация неэкологичных убеждений. Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни)
Конформный	Техника взмаха Р. Бендлера Генератор нового поведения Изменение личной истории Реимпринтинг Изменение убеждений Новый Я	Трансформация неэкологичных убеждений Реабилитация личности (переоценка и оптимизация собственной жизни) Избавление от ненужных и ограничивающий убеждений, стереотипов, установок, привычек, методов реагирования, повышение уверенности в своих силах Поиск ресурсов, необходимых для изменения укоренившихся убеждений и обновления устоявшихся поведенческих моделей
Сенситивный и Лабильный	Поиск скрытых ресурсов Музей старых убеждений Новый Я Генератор нового поведения Квадрат Декарта	Личностный рост, освобождение от влияния внешних факторов и мнений Доверие себе и окружающим, открытость Понимание своих чувств и переживаний без страха Ответственность жить своей жизнью
Смешанный	В зависимости от преобладания той или иной акцентуации характера	

ствие духовности) [61]. Так, у лиц 1-й группы в большинстве случаев доминировали внутренние биофизиологические (специфические) факторы риска (наследственная отягощенность алкоголизмом по 1-й линии родства), внешние (нарушения стиля воспитания, деструкция семьи, конфликтные отношения в семье родителей) и внутренние индивидуально-психологические (неспецифические) факторы риска (высокая самооценка, разные формы нарушений поведения, повышенная активность, преобладание личностей с гипертимным, истероидным и неустойчивым типом акцентуации характера) [62]. Поэтому у этих пациентов целесообразно было делать акцент в терапии в равной степени как на фармакотерапию, так и на психотерапию. У большего числа пациентов 2-й группы преобладали позитивные внутренние индивидуально-психологические (неспецифические) факторы (энергичность, общительность, послушание в школьные годы, хорошая успеваемость с последующим полученным высшим и неполным высшим образованием, преобладание личностей с психастеническим и смешанным типом акцентуации характера, доброжелательные семейные отношения), отсутствовали или присутствовали в небольшом числе случаев внешние факторы риска (не пьющее окружение, большее число лиц с правильным стилем семейного воспитания, доброжелательными семейными отношениями и хорошей экономической ситуацией в семье, меньшее число лиц с деструкцией семьи, меньшая частота конфликтных внутрисемейных отношений), встречалось небольшое число внутренних биофизиологических факторов риска (специфические/неспецифические — меньшее число наследственной отягощенности алкоголизмом по 1-й линии родства, высокая и средняя самооценка, с активной позицией в школьные годы, преобладание личностей с психастеническим, циклоидным, смешанным, гипертимным типом акцентуации характера, меньшее число случаев девиантного поведения). У данной категории лиц упор в терапии был направлен в первую очередь на психотерапию (уделяли больше времени индивидуальной), а вторично проводилась минимизированная фармакотерапия.

В ходе проведения реабилитационных мероприятий проводили оценку эффективности программы по длительности периода дезактуализации аддиктивного поведения и синдрома ПВА, восстановлению семейных отношений, повышению социально-бытовых условий жизни. Результаты представлены в **табл. 2—4.**

У лиц 1-й группы через 6 месяцев проведения реабилитационных мероприятий **(см. табл. 2)** все исследуемые показатели уменьшались ($p<0,05$) до незначительной выраженности, кроме критики к болезни, которая оставалась

Талблиа 2. **Сравнительная квантифицированная шкала комплексной оценки психопатологических расстройств и патологического влечения по шкале Альтшулера В.Б. на этапах ремиссии, баллы, *M±m***

Table 2. **Comparative quantified scale of a comprehensive assessment of psychopathological disorders and pathological craving according to the V.B. Altshuler scale at the remission stages, points, *M±m***

Признаки патологического влечения (ПВА)	Группа 1			Группа 2		
	0—3 мес, *n*=17	4—6 мес, *n*=13	7—12 мес, *n*=9	0—3 мес, *n*=33	4—6 мес, *n*=27	7—12 мес, *n*=21
Выраженность эмоционального компонента ПВА	1,88±0,37	*0,84±0,28*	*0,44±0,22*	*1,33±0,35*	*0,40±0,12*	*0,52±0,21*
Выраженность вегетативного компонента синдрома ПВА	1,52±0,32	*1,15±0,25*	*0,55±0,21*	*1,57±0,35*	*0,66±0,19*	*0,42±0,12*
Выраженность идеаторного компонента ПВА	1,82±0,35	*1,00±0,31*	*0,44±0,16*	*1,12±0,31*	*0,92±0,26*	*0,57±0,18*
Выраженность поведенческого компонента ПВА	1,70±0,31	*1,00±0,21*	*0,44±0,13*	*1,18±0,20*	*0,96±0,28*	*0,38±0,12*
Критика к болезни	2,70±0,39	*1,53±0,28*	*0,66±0,18*	*1,54±0,38*	*1,40±0,28*	*0,85±0,23*
Установка на трезвость	2,58±0,42	*1,38±0,24*	*0,66±0,21*	*1,54±0,32*	*1,40±0,24*	*0,76±0,32*
Депрессия	1,29±0,27	*0,76±0,18*	*0,33±0,14*	*1,06±0,21*	*0,74±0,18*	*0,50±0,16*
Тревога	1,35±0,31	*1,00±0,22*	*0,55±0,20*	*1,06±0,25*	*0,96±0,21*	*0,61±0,17*
Дисфория	1,76±0,22	*1,23±0,21*	*0,44±0,15*	*0,96±0,24*	*0,70±0,18*	*0,42±0,12*
Астения	1,17±0,26	*0,61±0,16*	*0,33±0,11*	*0,84±0,21*	*0,51±0,18*	*0,47±0,15*
Психоорганический синдром	1,82±0,35	*0,76±0,21*	*0,77±0,19*	*0,90±0,22*	*0,74±0,18*	*0,66±0,17*
Психопатоподобный синдром	1,47±0,25	*0,69±0,17*	*0,66±0,18*	*0,60±0,15*	*0,51±0,14*	*0,42±0,12*
Сумма	19,95±0,31	*11,95±0,26*	*6,27±0,21*	*12,72±0,28*	*9,90±0,21*	*6,30±0,18*
ПВА по шкале Альтшулера	2,04±0,38	*1,57±0,31*	*1,23±0,21*	*1,24±0,15*	*0,99±0,16*	*0,87±0,12*

Примечание. Здесь и в **табл. 3 и 4**: курсивом выделены показатели с достоверной динамикой (p<0,05), объяснения в тексте.
Note. Here and in **Table 3, 4**: indicators with significant change (p<0.05) are italicized; explanations are in the text.

Таблиа 3. **Динамика алкогольной анозогнозии в ремиссии, баллы, *M±m***

Table 3. **Change over time of alcoholic anosognosia during remission, points, *M±m***

Сроки ремиссии	Группа 1, *n*=36, 33, 29 соответственно	Группа 2, *n*=29, 25, 23 соответственно
0—3 мес	20,86±2,12	19,75±1,19
4—6 мес	*16,57±0,35*	*17,00±1,0*
7—12 мес	*16,00±0,0*	*16,00±0,0*

умеренной интенсивности. Через 12 месяцев эмоциональный, идеаторный, поведенческий компоненты, депрессия, дисфория, астенические расстройства редуцировались, а вегетативный компонент ПВА, тревога, установка на трезвость, критика к болезни, проявления психопатоподобного синдрома оставались незначительной выраженности.

У больных 2-й группы через 6 месяцев выраженность вегетативного компонента ПВА, установка на трезвость, критика к болезни снизилась (p<0,05) от умеренной до незначительной интенсивности, эмоциональный компонент ПВА редуцировался, а остальные исследуемые параметры оставались незначительно выраженными. Через 12 месяцев идеаторный компонент ПВА, тревога, установка на трезвость, критика к болезни оставались незначительной интенсивности, а остальные исследуемые параметры редуцировались.

Дополнительно у пациентов исследовали алкогольную анозогнозию [30], которая являлась предвестником рецидива алкоголизма **(табл. 3)**. Уровень алкогольной анозогнозии на всех этапах между лицами всех групп статистически достоверно не отличался. Через 6 месяцев критическое отношение к болезни у лиц 2-х групп повысилось (p<0,05) относительного фонового значения, а 8,3% (n=3) и 13,7% (n=4) пациентов соответственно 1-й и 2-й групп видоизменили свое отношение к употреблению алкоголя, тяготели к приобщению к пьющим компаниям и питейным традициям, что и явилось причиной срыва — балльная оценка критического отношения к болезни составила соответственно 31,0±1,0 и 29,15±1,75 балла. Через 12 месяцев у пациентов 1-й и 2-й групп наблюдалось повышение уровня критического отношения к болезни (p<0,05) относительно исхода и 6 месяца ремиссии, а соответственно у 12,1% (n=4) и 8% (n=2) пациентов наступил рецидив болезни. У данных лиц балльная оценка критического отношения к болезни равнялась соответственно 32,0±1,0 и 29,15±1,75 баллам.

Оценка субъективного восприятия качества жизни [31] перед началом программы реабилитации у пациентов 1-й группы составила 58,41±4,15 балла, что говорило в пользу формирования ремиссии среднего качества **(табл. 4)**. Больные отмечали часто возникающий сниженный фон настроения, дисфорию, ощущение неудовлетворенности своей жизнью, конфликтные отношения в семье, возникающее патологическое влечение с преобладанием эмоционального, вегетативного, идеаторного и поведенческого компонента ПВА. Через 6 месяцев оценка субъективного восприятия качества жизни свидетельствовала о ремиссии среднего качества — 65,38±2,16 балла. Пациенты

Таблица 4. **Динамика оценки субъективного восприятия качества жизни в ремиссии, баллы, *M±m***
Table 4. **Change over time of self-perception of quality of life in remission, points, *M±m***

Сроки ремиссии	Группа 1, *n*=17, 13, 9 соответственно	Группа 2, *n*=33, 27, 21 соответственно
0—3 мес	58,41±4,15	62,80±6,09
4—6 мес	*65,38±2,16*	*73,25±3,86*
7—12 мес	*70,22±1,18*	*80,17±3,69*

указывали на периодически возникающую тревогу, дисфорию, пониженный фон настроения, незначительно выраженные компоненты патологического влечения (эмоциональный, вегетативный, идеаторный, поведенческий), качество жизни и реализацию своих планов оценивали в целом удовлетворительно. У 14,3% пациентов (*n*=2) установлено 90 и 92 балла соответственно, что может свидетельствовать о беззаботном, безответственном отношении к своей жизни. Спустя 12 месяцев ремиссия оставалась среднего качества, пациенты отмечали периодически возникающее незначительно выраженное патологическое влечение с присутствием вегетативного компонента и тревоги, пониженный фон настроения, отмечали удовлетворительное качество жизни и удовлетворительную реализацию своих планов, хорошие семейные отношения (70,22±1,18 балла).

Исходно у пациентов 2-й группы оценка субъективного восприятия качества жизни позволила получить 62,80±6,09 балла, что говорило в пользу наступления ремиссии среднего качества. У пациентов были установлены периодически возникающие сниженный фон настроения, тревога, слабость, вялость, ощущения неудовлетворенности собой и своей жизнью, периодически возникающие затруднительные отношения в семье, периодически возникающее ПВА умеренной интенсивности с преобладанием вегетативного компонента. Спустя 6 месяцев ремиссия оставалась среднего качества, однако прослеживалась тенденция к повышению ее качества — 73,25±3,86 балла. У пациентов зафиксировали редко возникающую незначительно выраженную тревогу, дисфорию, пониженный фон настроения, ПВА возникало ситуативно незначительной интенсивности, пациенты в большинстве случаев реализовали свои задуманные планы, качество жизни оценивали, как удовлетворительное. Через 12 месяцев наступала ремиссия высокого качества — 80,17±3,69 баллов. Больные редко отмечали нестойкую актуализацию патологического влечения при провоцирующих моментах, зарегистрировали удовлетворенность собой и своей жизнью, хорошие семейные отношения. Итак, качество жизни у лиц 2-й подгруппы в интервале 4—6 и 7—12 месяцев было выше ($p<0,05$) относительно пациентов 1-й группы.

Из опросника были исключены 8 и 9 вопросы, поскольку пациенты не работали, а, следовательно, общая балльная оценка уменьшалась от 1 до 4 баллов за каждый вопрос.

Заключение

Внедренная поэтапная дифференцированная программа лечебной, реабилитационной и профилактической помощи с учетом характерологических особенностей пациентов, акцентуации характера, преобладания внутренних биофизиологических (неспецифические) факторов риска и адекватным подбором психотерапевтической тактики доказала свою эффективность и позволила снизить выраженность психопатологических расстройств и патологического влечения до незначительной интенсивности, повысить уровень критического отношения к болезни, улучшить социально-бытовые условия жизни, восстановить хорошие семейные отношения и добиться у пациентов ремиссии среднего качества.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Клименко Т.В., Губанов Г.А., Козлов А.А. Реабилитационные аспекты наркологии. Проблемные аспекты организации деятельности по социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами в негосударственных реабилитационных организациях и перспективы их преодоления. *Вопросы наркологии*. 2018;7(167):5-16.
Klimenko TV, Gubanov GA, Kozlov AA. Rehabilitation aspects of narcology. Problematic aspects of the organization of social rehabilitation activities for people with drug-related disorders in non-governmental rehabilitation organizations and prospects for overcoming them. *Voprosy narkologii*. 2018;7(167):5-16. (In Russ.).
2. Fleury MJ, Djouini A, Hünh C, et al. Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2016;168:293-306.
https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625
3. Wang Y-J, Tang S-S, Chen G-D, et al. Effect of family intervention on relapse rate of Chinese patients with alcohol-dependent. *Front. Public Health. Substance Use Disorders and Behavioral Addictions.* 2024;12:1327844.
https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1327844
4. Balbinot P, Pellicano R, Patussi V, et al. Alcohol use disorders, self-help groups as a supplement to pharmacological and psychological therapy? A retrospective study in a population with alcohol related liver disease. *Minerva Gastroenterol* (Torino). 2023;69(4):479-485.
https://doi.org/10.23736/S2724-5985.22.03292-2
5. Kramer Schmidt L, Bojesen AB, Nielsen AS, et al. Duration of therapy — Does it matter? A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2018;84:57-67.
https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.002
6. Koopmann A, Hoffmann S, Riegler A, et al. Einflussfaktoren auf die Rehospitalisierungsrate bei Alkoholabhängigkeit [Factors influencing hospital readmission rates in alcohol use disorder]. *Nervenarzt*. 2025;96:278-283.
https://doi.org/10.1007/s00115-024-01738-x
7. Менделевич В.Д. Возможности и барьеры на пути эффективной терапии пациентов с «двойным диагнозом». *Вопросы наркологии*. 2017;6:79-87.
Mendelevich VD. Opportunities and barriers to effective therapy of patients with a «double diagnosis». *Voprosy narkologii*. 2017;(6):79-87. (In Russ.).

8. Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, et al. Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*. 2017;2(6):e267-276. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30078-6

9. Yang P, Tao R, He Ch, et al. The Risk Factors of the Alcohol Use Disorders — Through Review of Its Comorbidities. *Front. Neurosci.* 2018:12:303. https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00303

10. García-Esquinas E, Ortolá R, Galán I, et al. Moderate alcohol drinking is not associated with risk of depression in older adults. *Scientific Reports*. 2018;8(1):11512. https://doi.org/10.1038/s41598-018-29985-4

11. Keyes KM, Allel K, Staudinger UM, et al. Alcohol consumption predicts incidence of depressive episodes across 10 years among older adults in 19 countries. *In* International review of neurobiology 2019;148:1-38. Academic Press Inc. https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.09.001.

12. Горошко Н.В., Емельянова Е.К. Социально-демографические процессы современной России как индикатор рынка гериатрических услуг и социальной поддержки граждан пожилого возраста. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2019;2:241-258.
Goroshko NV, Yemelyanova EK. Socio-demographic processes in modern Russia as an indicator of the market of geriatric services and social support for elderly citizens. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya.* 2019;(2):241-258. (In Russ.).

13. Корнилова М.В. Пожилые люди в современном мире: новые вызовы и возможности адаптации (по материалам конференции молодых ученых в ИС ФНИСЦ РАН). *Научная жизнь*. 2022;5(4):195-206.
Kornilova M.V. Elderly People in the Modern World: New Challenges and Opportunities for Adaptation (Based on the Materials of the Conference of Young Scientists at the IS FCTAS RAS). *Nauchnaya zhizn'*. 2022;4(5):195-206. (In Russ.).
https://doi.org/10.14258/SSI(2022)4-12

14. *Старшее поколение современной России*. Под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского, 2021. 779 с.
Starshee pokolenie sovremennoj Rossii. Pod obshchej redakciej prof. Z.H. Saralievoj. N. Novgorod: Nizhegorodskij gosuniversitet im. N.I. Lobachevskogo, 2021. 779 p. (In Russ.)

15. Харитонова Н.Е. О проблемах пожилого человека [Электронный ресурс]. *Социальное руководство: сетевой журнал*. 2018. Дата обращения: 16.03.2018.
https://www.svoboda.org/a/127014.html
Kharitonova N.E. On the problems of the elderly [Electronic resource]. *Sotsial'noe rukovodstvo: setevoi zhurnal*. 2018. (In Russ.). Date of application. 03/16/2018.
https://www.svoboda.org/a/127014.html

16. Zhyvotovska LV. The analysis of the pathogenetic factors for the psychosocial maladaptation formation in patients with alcohol dependence. *Wiad Lek*. 2018;71(6):1186-1192.

17. Кардашян Р.А., Пронин В.Ю. Медведев В.Э. Органические психические расстройства у лиц пожилого возраста, коморбидные с алкоголизмом. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2023;123(12):27-33.
Kardashyan R.A., Pronin V.Yu., Medvedev V.E. Organic mental disorders with comorbid alcoholism in the elderly. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2023;123(12):27-33. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202312312127

18. Кардашян Р.А., Ефремов А.А. Факторы риска формирования первичных органических психических расстройств, осложненные алкогольной зависимостью в среднем и пожилом возрасте. *Психиатрия*. 2024;22(6):63-71.
Kardashyan R.A., Efremov A.A. Risk factors for the development of primary organic mental disorders complicated by alcohol dependence in middle and old age. *Psikhiatriya*. 2024;22(6):63-71. (In Russ.).
https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-6-63-71

19. Овчинников Э.А. Аддиктивные заболевания, причины, прогнозы, статистика. *Электронный мультидисциплинарный научный журнал с порталом международных научно-практических конференций, интернаука*. 2016;(5):343-354.
Ovchinnikov EA. Addictive diseases, causes, forecasts, and statistics. *Elektronnyj mul'tidisciplinarnyj nauchnyj zhurnal s portalom mezhdunarodnyh nauchno-prakticheskih konferencij, internauka*. 2016;(5):343-354. (In Russ.).

20. Гиленко М.В. Основные варианты органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(9):15-18.
Gilenko MV. The main variants of organic mental disorders comorbid with alcohol dependence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2014;114(9):15-18. (In Russ.).

21. Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В. Варианты клинической динамики органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя. *Вопросы наркологии*. 2014;(3):30-38.
Gilenko MV, Vandysh-Bubko VV. Variants of the clinical dynamics of organic mental disorders, comorbid with alcohol dependence. *Voprosy narkologii.* 2014;(3):30-38. (In Russ.).

22. Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В. Диагностические модели органических психических расстройств, коморбидных с зависимостью от алкоголя. *Доктор.Ру*. 2015;5-6(106-107):45-48.
Gilenko MV, Vandysh-Bubko VV. Diagnostic models of organic mental disorders, comorbid with alcohol dependence. *Doktor.Ru*. 2015;5-6(106-107):45-48. (In Russ.).

23. Агибалова Т.В., Нобатова В.Н., Тучина О.Д. и др. Обзор факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических больных. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2023;31(1):155-163.
Agibalova TV, Nobatova VN, Tuchina OD, et al. Review of Factors Affecting Remission in Narcological Patients. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. 2023;31(1):155-163. (In Russ.).
https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ105809

24. Mattisson C, Bogren M, Horstmann V, et al. Remission from Alcohol Use Disorder among Males in the Lundby Cohort during 1947-1997. *Research Article. Psychiatry journal.* 2018;2018:4829389.
https://doi.org/10.1155/2018/4829389

25. Rapsey CM, Wells JE, Bharat MC, et al. Transitions Through Stages of Alcohol Use, Use Disorder and Remission: Findings from Te Rau Hinengaro, the New Zealand Mental Health Survey. *Alcohol and Alcoholism*. 2019;54(1):87-96.
https://doi.org/10.1093/alcalc/agy069

26. Redmond ML, Buhrmann AS, Fuller-Thomson E. The Continuum of Recovery from Alcohol Dependence: From Addiction Remission to Complete Mental Health. *Subst Use Misuse*. 2021;56(9):1320-1331.
https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1922451

27. Ефремов А.А. Когнитивный статус лиц пожилого возраста с органическими психическими расстройствами, осложненные алкоголизмом в среднем и пожилом возрасте. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2024;4:28-33.
Efremov AA. Cognitive status of elderly people with organic mental disorders complicated by alcoholism in middle and old age. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik*. 2024;4:28-33. (In Russ.).

28. Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Незнанов Н.Г. и др. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадаптации к трезвости. *Обозрение психиатрии и медицинской психологи.* 2012;4:63-72.
Rybakova KV, Dubinina LA, Neznanov NG, et al. Assessment of the quality of remission in patients with alcohol dependence based on clinical and socio-psychological criteria of readaptation to sobriety. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2012;4:63-72. (In Russ.).

29. Альтшулер В.Б. *Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники терапии.* В.Б. Альтшулер. М.: Имидж. М.: Медицина. 1994. 216 с.
Altshuler VB. *Patologicheskoe vlechenie k alkogolyu. Voprosy kliniki terapii*. V.B. Al'tshuler. M.: Imidzh. M.: Medicina. 1994. 216 p. (In Russ.).

30. Дёмина М.В. О механизмах нарушения сознания при наркотической болезни и подходы его коррекции. *Вопросы наркологии*. 2005;1:13-20.
Demina MV. On the mechanisms of impaired consciousness in drug addiction and approaches to its correction. *Voprosy narkologii.* 2005;1:13-20. (In Russ.).

31. Литвякова О.С., Белопольская Н.Л. Оригинальный «Опросник оценки качества ремиссии в удаленных и труднодоступных регионах» (ООКРУТР) как средство выявления критериев оценки качества терапевтической ремиссии больных алкоголизмом. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. Серия: Познание. 2020;10:57-62.
Litvyakova OS, Belopolskaya NL. The original «Remission quality assessment Questionnaire in remote and hard-to-reach regions» as a means of identifying criteria for assessing the quality of therapeutic remission in patients with alcoholism. *Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki*. Seriya: Poznanie 2020;10:57-62. (In Russ.).
https://doi.org/10.37882/2500-3682.2020.10.10

32. Бондарева И.Б. *Математическая статистика в клинических исследованиях: практическое руководство*. И.Б. Бондарева, В.И. Сергиенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 304 с.
Bondareva IB. *Matematicheskaya statistika v klinicheskih issledovaniyah: prakticheskoe rukovodstvo*. I.B. Bondareva, V.I. Sergienko. GEHOTAR-Media, 2006. 304 p. (In Russ.).

33. Шитиков В.К., Мастицкий С.Э. Классификация, регрессия, алгоритмы Data Mining с использованием R. Электронная книга.
https://github.com/ranalytics/data-mining.

Shitikov VK, Mastitsky SE. *Classification, regression, Data Mining algorithms using R.* Elektronnaya kniga. (In Russ.).
https://github.com/ranalytics/data-mining

34. Кардашян Р.А., Ефремов А.А. Когнитивный статус у лиц пожилого возраста с алкогольной зависимостью, сформированной в среднем и пожилом возрасте и осложненной вторичными органическими психическими расстройствами. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024;5(8):20-26.
Ruslan A. Kardashyan R.A, Efremov A.A. Cognitive status in elderly people with alcohol ependence formed in middle and old age and complicated by secondary organic mental disorders. *Klinicheskii razbor v obshchei meditsine*. 2024;5(8):20-26. (In Russ.).
https://doi.org/10.47407/kr2024.5.8.00455

35. Бурно М.Е. *Терапия творческим самовыражением*. М., 1989. 311 с.
Burno M.E. *Terapiya tvorcheskim samovyrazheniem*. M., 1989. 311 p. (In Russ.).

36. Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н., и др. Стрессо-психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях». *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1988;XXXVIII(2):94-97.
Dovzhenko A.R., Artemchuk A.F., Bolotova Z.N., et al. Stress-psychotherapy for patients with alcoholism in an outpatient setting. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1988;XXXVIII(2):94-97. (In Russ.).

37. Копытина А.И. *Практическая арт-терапия: Лечение, реабилитация, тренинг*. М.: Когито, 2017. 288 с.
Kopytina AI. *Prakticheskaya art-terapiya: Lechenie, reabilitaciya, trening*. M.: Kogito, 2017. 288 p. (In Russ.).

38. Полудненко, Л.В. Арт-техника «Стакан» в коррекции психологической зависимости от алкоголя. *Молодой ученый*. 2021;6(348):307-313. Дата обращения: 26.07.2023.
Poludnenko L.V. Art technique “Glass” in the correction of psychological dependence on alcohol. *Molodoi uchenyi.* 2021;6 (348):307-313. (In Russ.). Data obrashcheniya: 26.07.2023.
https://moluch.ru/archive/348/78358/

39. Давыдов С.В. Изучение эффективности влияния аутогенной тренировки на регуляцию психоэмоционального состояния у пожилых людей. *European Science*, *Проблемы науки*. 2015;7(8):28-31.
Davydov S.V. Studying the effectiveness of autogenic training on the regulation of psycho-emotional state in elderly people. *European Science*, izd. *Problemy nauki*. 2015;7(8):28-31. (In Russ.).

40. Нашкенова А.М. Основные психотерапевтические подходы к лечению алкоголизма. *Вестник КазНМУ* 2015;(2):193-196.
Nashkenova A.M. Basic psychotherapeutic approaches to the treatment of alcoholism. *Vestnik KaZNMU.* 2015;(2):193-196. (In Russ.).
https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-psihoterapevticheskie-podhody-k-lecheniyu-alkogolizma

41. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и др. *Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств*. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 1072 с.
Prashko Ja, Mozny P, Shlepecki M, et al. *Kognitivno-bihevioral'naya terapiya psihicheskih rasstrojstv*. M.: Institut obshchegumanitarnyh issledovanij. 2015. 1072 p. (In Russ.).

42. Dehoust MC, Schulz H, Harter M, et al. Prevalence and correlates of somatoform disorders in the elderly: Results of a European study. *Int. J. Meth. Psych. Res.* 2017;26(1):e1550.
https://doi.org/10.1002/mpr.1550

43. Kiluk BD, Ray LA, Walthers J, et al. Technology-Delivered Cognitive-Behavioral Interventions for Alcohol Use: A Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(11):2285-2295.
https://doi.org/10.1111/acer.14189

44. Magill M, Ray L, Kiluk B, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(12):1093-1105.
https://doi.org/10.1037/ccp0000447

45. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, et al. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw. Open*. 2020;3(6):e208279.
https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279

46. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Helping People Change and Grow*. Guilford Press. 2012, 482 p.

47. Palacio A, Garay D, Langer B, et al. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *J. Gen Intern Med*. 2016;31(8):929-940.
https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3

48. Spaeth M, Bleich S, Hillemacher T, et al. Motivational interviewing with alcohol-dependent patients. *Fortschr. Neurol. Psychiatr*. 2017;85(9):549-565.
https://doi.org/10.1055/s-0043-115216

49. Beck A. Cognitive therapy: past, present and future. *J. of consulting and clinical psychology*. 1993;61(2):194-198.

50. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. Изд. Базенков И.Л., 2018. 352 с.
Moskalenko VD. *Zavisimost': semejnaya bolezn'*. Izd. Bazenkov I.L., 2018. 352 p. (In Russ.).

51. Боголепова А.Н., Коваленко Е.А., Махнович Е.В. Современные подходы к терапии тревожных расстройств у пациентов пожилого возраста. *Медицинский совет*. 2017;(15):60-64.
Bogolepova AN, Kovalenko EA, Makhnovich EV. Modern approaches to the treatment of anxiety disorders in elderly patients. *Meditsinskii sovet*. 2017;(15):60-64. (In Russ.).

52. Самушия М.А. Крыжановский С.М., Иосава И.К. и др. Эффективность адаптола в терапии тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с соматической патологией: систематический анализ (научная статья). *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2023;1:43-50.
Samushia MA, Kryzhanovsky SM, Iosava IK, et al. The effectiveness of adaptol in the treatment of anxiety-depressive syndrome in patients with somatic pathology: a systematic analysis (scientific article). *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik*. 2023;1:43-50. (In Russ.).
https://doi.org/10.48612/cgma/ppb5-8g43-ut1g

53. Дауд Е.Т. Когнитивная гипнотерапия. СПб.: Питер, 2003. 224 с.
Dowd ET. *Kognitivnaya gipnoterapiya*. SPb.: Piter, 2003. 224 p. (In Russ.).

54. Кардашян Р.А. Индивидуальные психологические маркеры лиц с компьютерной игровой зависимостью и предрасположенных к ее формированию. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;2:16-20.
Kardashian RA. Individual psychological markers of persons with computer game addiction and predisposed to its formation. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2018;2:16-20. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20181182118-22

55. Magill M, Ray L, Kiluk B, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(12):1093-1105.
https://doi.org/10.1037/ccp0000447

56. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, et al. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw. Open. 2020;3(6):e208279.
https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279

57. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. *Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Основные направления современной психотерапии*. М.: Когито-Центр, 2000:224-265.
Kholmogorova AB, Garanyan NG. *Cognitive-behavioral psychotherapy. Osnovnye napravleniya sovremennoi psikhoterapii*. M.: Kogito-Tsentr, 2000:224-265. (In Russ.).

58. Bandler R. *Magic in action. Neurolinguistic programmng — Case studies*. Publisher: Cupertino, Calif.: Meta Publications. 1984. 228, [1] p.

59. Bandler R, Roberti A, Fitzpatrick O. NLP. *How to regain control of life? Manage your emotions, get rid of your fears, and communicate effectively*. [Пер. с англ.: Лоза О.]. 2019. Оформление ООО «Издательство АСТ», 2022. 224 p.

60. Штайнер К. (1935-). *Лечение алкоголизма = Healing alcoholism: Healing alcoholism*. Пер. с англ.: Н. Миронов, С. Рысев. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК; М.: Олма-Пресс, 2004 (ПФ Красный пролетарий). 215, [1] с.; 26 см. (Магия высшей практической психологии) (Золотой фонд транзактного анализа).

61. Нашкенова А.М., Дё А. Основные психотерапевтические подходы к лечению алкоголизма. *Вестник КазНМУ*. 2015;(2):27-32.
Nashkenova AM, De A. Basic psychotherapeutic approaches to the treatment of alcoholism. *Vestnik KaZNMU*. 2015;(2):27-32. (In Russ.).

62. Кардашян Р.А., Ефремов А.А. Влияние различных факторов риска на формирование вторичных органических психических расстройств у лиц пожилого возраста с алкогольной зависимостью, сформированной в среднем и пожилом возрасте. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024;5(8):27-32.
Kardashian R.A., Efremov A.A. The influence of various risk factors on the formation of secondary organic mental disorders in elderly people with alcohol dependence, formed in middle and old age. *Klinicheskii razbor v obshchei meditsine*. 2024;5(8):27-32. (In Russ.).
https://doi.org/10.47407/kr2024.5.8.00456

Поступила 23.04.2025
Received 23.04.2025
Принята к печати 23.07.2025
Accepted 23.07.2025