



Психосоматические расстройства у лиц пожилого возраста, сочетающиеся с синдромом алкогольной зависимости

Р.А. Кардашян^{✉1}, А.А. Ефремов², И.А. Никифоров³

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия;

³ Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научный-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России», Москва, Россия

✉rakar_26@mail.ru

Аннотация

Для формирования психосоматических расстройств необходимы определенные факторы риска, которых особенно много у лиц пожилого возраста. Психосоматические расстройства при наличии длительно существующих факторов риска могут перейти в соматическое заболевание. Представлен анализ психосоматических расстройств у 25 больных пожилого возраста с алкогольной зависимостью, сформированной в пожилом возрасте. Приведены данные, свидетельствующие, что психосоматические расстройства оказывают влияние на течение алкогольного синдрома зависимости. По нашим данным прогрессивность синдрома алкогольной зависимости, тяжесть патологического влечения и синдрома отмены не зависят от типа хронического заболевания.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, алкогольный синдром зависимости, патологическое влечение, алкогольный синдром отмены.

Для цитирования: Кардашян Р.А., Ефремов А.А., Никифоров И.А. Психосоматические расстройства у лиц пожилого возраста, сочетающиеся с синдромом алкогольной зависимости. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 75–79. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00906

Psychosomatic disorders in the elderly, combined with alcohol dependence syndrome

Ruslan A. Kardashyan^{✉1}, Alexander A. Efremov², Igor A. Nikiforov³

¹ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

² Central State Medical Academy of the Office of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia;

³ Academy of Postgraduate Education of Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies, Moscow, Russia

✉rakar_26@mail.ru

Abstract

Certain risk factors are necessary for the formation of psychosomatic disorders, which are abundant in the elderly. Psychosomatic disorders, in the presence of long-term existing risk factors, can turn into a somatic disease. The analysis of psychosomatic disorders in 25 elderly patients with alcohol dependence formed in old age is presented. The data shows that psychosomatic disorders have an impact on the course of alcohol dependence syndrome. According to our data, the progression of alcohol dependence syndrome, the severity of pathological cravings and withdrawal syndrome does not depend on the type of chronic disease.

Keywords: psychosomatic disorders, alcohol dependence syndrome, pathological attraction, alcohol withdrawal syndrome.

For citation: Kardashyan R.A., Efremov A.A., Nikiforov I.A. Psychosomatic disorders in the elderly combined with alcohol dependence syndrome. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 75–79 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00906

Психосоматические заболевания формируются и развиваются в результате взаимодействия определенных психологических и физиологических факторов. В большинстве случаев под воздействием вышеперечисленных факторов формируется соматическое расстройство, что впоследствии может привести к развитию настоящей болезни. В развитии психосоматических расстройств значительная роль отводится психическому стрессу, большое значение имеют также и преморбидные характеристики личности больного (эмоциональная лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса).

Следует отметить, что в последние 25–30 лет в мире, в том числе и Российской Федерации, наблюдается уве-

личение числа лиц пожилого возраста [1, 2]. Выход лиц пожилого возраста на пенсию, как правило, приводит их в той или иной степени к социальной изоляции, дезадаптации, оказывают свое влияние и отрицательные воздействия окружающей среды [3–7], которые являются одной из причин формирования психического стресса, приводя к формированию психосоматических расстройств. При этом часть данной категории лиц прибегает к приему алкоголя для смягчения различных психологических проблем. Частое употребление спиртного может привести к формированию алкогольной аддикции. Алкоголь, в свою очередь, обостряет уже имеющиеся соматические заболевания или способствует возникновению новых [1, 8–17]. Многие особенности психосоматических расстройств у лиц пожилого возраста,

сочетающиеся с синдромом алкогольной зависимости (САЗ), остаются недостаточно изученными [8, 18, 19].

Цель работы – исследование особенностей психосоматических расстройств у лиц пожилого возраста, сочетающихся с САЗ.

Материалы и методы

Данное исследование было одобрено 18.11.2020 комитетом по этике научных исследований, протокол №6 ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». Объектом исследования были 25 пациентов пожилого возраста мужского пола в возрасте $67,5 \pm 7,2$ года с диагнозом «психосоматические расстройства, сочетающиеся с САЗ» (F10). Симптомы психосоматических расстройств начали проявляться в $61,8 \pm 2,1$ года, а симптомы САЗ – в $71,3 \pm 2,8$ года. Все пациенты, включенные в данное исследование, давали письменное информированное согласие.

Критерии исключения: больные с сопутствующими эндогенными психическими заболеваниями, органическими поражениями головного мозга, острым нарушением мозгового кровообращения, эпилепсией, тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения, сочетанное злоупотребление алкоголя с другими психоактивными веществами, кроме табака.

В ходе госпитализации пациенты осмотрены терапевтом, невропатологом и окулистом. Обследования проводились после купирования острых явлений алкогольного синдрома отмены (АСО).

Использовались следующие методы:

1. Анкетирование – интервью [20].
2. Клинический – сбор анамнеза.
3. Набор клинических шкал:
 - а) оценка патологического влечения к алкоголю (ПВА) [21];
 - б) оценка степени тяжести синдрома отмены (CIWA-Ar) [22];
 - в) Гиссенская анкета жалоб [23].
4. Статистический – параметрический и непараметрический [24, 25].

Верификация диагноза осуществлялась на основе оценки актуального психического и наркологического состояния, данных анамнеза из материалов медицинской документации, субъективных данных.

На основании клинических данных, психологическо-психометрических, экспериментально-психологических (оценка памяти, мышления внимания и утомляемости, MMSE) и функциональных методов исследования (электроэнцефалография, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) [26–30] было подтверждено отсутствие органических расстройств головного мозга.

Результаты

Были установлены особенности формирования психосоматических расстройств у лиц пожилого возраста, сочетающихся с САЗ.

Больные с психосоматическими расстройствами жаловались на беспокойство, чрезмерные мысли, чувства,

связанные с соматическими симптомами: несоразмерные и настойчивые мысли о серьезности своих симптомов, которые, как отмечали пациенты, имели место в течение последних нескольких лет.

В анамнезе у каждого пациента имели место психотравмирующие события, в психологическом статусе преобладали тревога (44%, $n=11$), депрессивный синдром (56%, $n=14$), обусловленные:

- 1) потерей работы;
- 2) изменениями в личностном аспекте вследствие инволютивных нарушений – замедления интеллектуальных процессов, эмоций, движений, снижения темпа речи; слабостью эмоциональных реакций, медлительностью;
- 3) пропаданием оптимистического взгляда на жизнь;
- 4) удовлетворенностью прошлым и неопределенностью будущего;
- 5) одиночеством вследствие потери жены, близких и родных, своего привычного социального круга;
- 6) неблагоприятными внутрисемейными, межличностными взаимоотношениями [32].

Также имеют значения глубинные конфликты, происходящие из-за нарушения раннего детского развития, индивидуальные черты личности.

У пациентов преобладали акцентуации характера психастенического и гипертимного круга. У 56% лиц ($n=14$) мы наблюдали психосоматический ситуационный вариант развития заболеваний, а у 44% ($n=11$) – личностный вариант [33].

Почти у всех исследуемых пациентов опросник Гиссенской анкеты жалоб подтвердил наличие хронического заболевания.

Полученные данные оценивались по 5 шкалам:

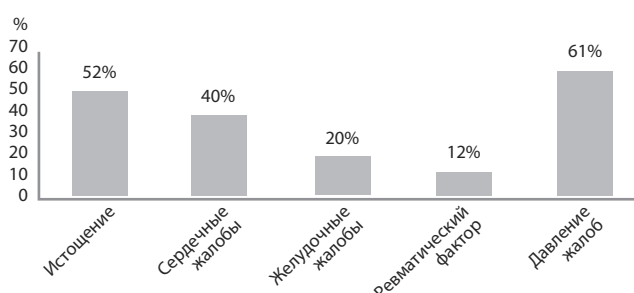
1. «Истощение» характеризует общую потерю жизненной энергии.
2. «Желудочные жалобы» отражает синдром психосоматических желудочных недомоганий (эпигастральный синдром).
3. «Ревматический фактор» – описываются выраженные субъективные страдания опрашиваемого, носящие алгический или спастический характер.
4. «Сердечные жалобы» отражает концентрацию жалоб в сосудистой сфере.
5. Шкала «Давление жалоб» суммирует результаты – общий балл отражает интенсивность соматических жалоб.

Первые 4 шкалы оцениваются от 0 до 24 баллов, 5-я шкала оценивается от 0 до 96 баллов [23]. Группа здоровых – 0–7 баллов, группа предболезни – 8–13 баллов, группа болезни – 14–18 баллов.

Проведя сравнительный анализ полученных в ходе анкетирования результатов, мы выявили, что у пациентов увеличены уровни показателей по шкалам: истощение у 13 (52%) лиц – 16 ± 0 баллов, сердечные жалобы у 10 (40%) – 16 ± 0 , желудочные жалобы у 5 (20%) – 16 ± 0 . Все эти пациенты входили в группу болезни. Ревматический фактор был установлен у 3 (12%) человек, которые входили в группу предболезни – 13 ± 0 баллов.

Средние значения шкал Гиссенского опросника среди лиц пожилого возраста с САЗ.

Average Giessen questionnaire item scores of elderly individuals with the alcohol dependence syndrome.



У 6 (24%) лиц истощение сочеталось с сердечными жалобами (см. рисунок).

Для больных с гипертонической болезнью были характерны сдержанность в словах и мимике, упорядоченность, они умели скрывать свои внутренние переживания, старались избегать конфликтов. Лица с ишемической болезнью сердца отличались активностью, нетерпеливостью, настойчивостью в достижении поставленных целей, а пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – раздражительностью, импульсивностью, напряженностью, неспособностью получать удовольствие от жизни, завистливостью, обидчивостью.

Нужно отметить, что в отличие от объективной картины соматических расстройств существует субъективный уровень заболевания – как сам человек толкует состояние своего здоровья. На основании полученных данных можно сделать вывод, что наличие повышенных уровней показателей по шкалам «Истощение», «Сердечные жалобы», «Желудочные жалобы» может свидетельствовать о психосоматическом характере симптомов.

Были установлены особенности формирования и течения САЗ у лиц пожилого возраста с психосоматическими расстройствами.

Картина опьянения (табл. 1) характеризовалась:

- кратковременной эйфорией, сменяющейся дисфорией, – в 5% (n=1) наблюдений;
- эйфорией, сменяющейся расторможенностью, – 10% (n=2);
- вялостью, астенией – 65% (n=13);
- истерическими реакциями с демонстративным поведением – 5% (n=1);
- сонливостью – 15% (n=3).

Мы видим, что для большинства пациентов была характерна картина опьянения с вялостью, астенией.

Идеаторный компонент ПВА у большинства больных проявлялся эпизодически появляющимися мыслями (воспоминаниями) о спиртном, они высказывали формальную критику к болезни, однако были настроены на необходимость продолжения терапии.

Поведенческий компонент влечения выражался гиперактивностью и хлопотливостью, несобранностью, забывчивостью, иногда просьбами о дополнительных назначениях.

Аффективный компонент ПВА был представлен депрессивной симптоматикой, тревогой, эмоциональной лабильностью и дисфорией. При общении с пациентами фиксировали их мрачный внешний вид, пассивность, подавленность. Тревога была представлена опасениями и неопределенностью будущего, пессимистическими ожиданиями, неуверенностью, что справятся с недугом. Эмоциональная лабильность проявлялась взволнованностью, переживаниями и слезами при затрагивании во время беседы жизненных ситуаций.

Дисфория возникала в виде недовольства, брюзгливости, сумрачного настроения, а у пациентов 1-й подгруппы 2-й группы – напряженности, взрывчатости, агрессивности.

Вегетативный компонент ПВА был представлен алкогольными сновидениями, нарушением сна, мимиче-

Таблица 1. Картина опьянения

Table 1. Alcohol intoxication pattern

	Эйфория сменяется дисфорией		Эйфория сменяется расторможенностью		Вялость, астения		Истерические реакции		Сонливость	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число больных (n=25)	2	8	3	12	15	60	2	8	3	12

Преобладали пациенты, теряющие контроль над количеством умеренно выпитого количества алкоголя ($p<0,05$); табл. 2.

Таблица 2. ПВА с сохранением/утратой количественного контроля

Table 2. Pathological attraction with the preserved/loss quantity control

	Редко теряет контроль		Теряет контроль при употреблении 250±0,50 мл и более		Полная утрата контроля при употреблении минимальных доз, 150±0,50 мл	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число больных (n=25)	4	16	15	60*	6	24*

* $p<0,05$ – по отношению к редко теряющим контроль; * $p<0,05$ – по отношению к теряющим контроль при употреблении 250±0,50 мл и более.

Таблица 3. Выраженность компонентов ПВА (В.Б. Альтшулер, 1994) Table 3. Severity of pathological attraction to alcohol components (V. Altshuler, 1994)	
Компоненты ПВА	Усредненные величины компонентов ПВА и его составляющих, баллы (M±m), n=25
Идеаторный компонент	0,88±0,40
Депрессивная симптоматика	0,74±0,42
Тревога	1,82±0,64
Эмоциональная лабильность	2,01±0,43
Дисфория	1,10±0,21
Алкогольные сновидения	0,92±0,34
Мимические реакции при разговоре об алкоголе	0,72±0,16
Изменение аппетита	0,62±0,36
Поведенческий компонент	0,88±0,32
Сумма	9,65±0,62

Таблица 4. Клиническая характеристика САЗ (n=25) Table 4. Clinical characteristics of the alcohol dependence syndrome	
Клиническая характеристика	Показатель
Возраст начала систематического злоупотребления, лет	56,2±2,6
Возраст потери количественного контроля, лет	60,3±1,6
Время возникновения провалов в памяти	62,4±1,4
Возраст появления АСО, лет	65,1±3,2
Средняя длительность алкоголизма, годы	5,8±0,6
Суточная толерантность, мл	500±0,50
Средняя длительность запоев, дни	4,0±1,0
Продолжительность светлых промежутков, дни	23,5±2,5

скими реакциями и изменениями аппетита. Пациенты рассказывали о своих алкогольных сновидениях спокойно, причем содержание этих сновидений зачастую воспроизводили с трудом.

Больные в большинстве случаев активных жалоб на аппетит не предъявляли, изменчивость аппетита проявлялась эпизодически.

Итак, общая балльная сумма компонентов ПВА свидетельствует о ее незначительной степени выраженности (табл. 3).

Форма потребления алкоголя у всех больных была периодической.

Клиническая характеристика САЗ представлена в табл. 4. Средняя длительность алкоголизма, запоев была небольшой.

Пациенты измененного состояния перед запоем (нарушение ночного сна и аппетита, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, нервозность) не отметили.

Средняя суточная толерантность в пересчете на водку составила 500±0,50 мл. В большинстве случаев (p<0,05) причиной обрыва запоя пациенты называли плохое самочувствие.

АСО формировался в возрасте 65,1±3,2 года.

Особенности синдрома отмены описаны в табл. 5. У больных в структуру синдрома отмены входили умеренный тремор, пароксизмальная потливость в виде

Таблица 5. Клиническая оценка степени тяжести и клинической картины АСО по тесту CIWA-Ar (баллы) Table 5. Clinical assessment of the alcohol withdrawal syndrome severity and clinical features based on the CIWA-Ar test (scores)	
Клиническая характеристика	Число больных (n=25), M±m
Тошнота/рвота	1,34±0,45
Тремор	1,32±0,66
Пароксизмальная потливость	1,28±0,42
Тревога	1,22±0,25
Ажитация	0,56±0,15
Тактильные нарушения	0,58±0,16
Слуховые нарушения	0,55±0,15
Визуальные нарушения	0,49±0,18
Головная боль	1,68±0,46
Ориентировка и нарушение ясности сознания	0,58±0,12
Результат CIWA	9,63±0,38
Сомато-вегетативный компонент	12
Церебральный компонент	6
Висцеральный компонент	2
Психический компонент	–
Продолжительность АСО, дни	3–4 (3,5±0,5), n=19, 76%
	5–8 (6,5±1,5), n=6, 24%

повышенной влажности ладоней и единичных капель пота на лбу, очень легкая тревога, головная боль, очень легкое жжение и покалывание, полная ориентировка в личности, пространстве и времени. По шкале CIWA пациенты набрали 9,63±0,38 балла, что свидетельствует о незначительной степени тяжести синдрома отмены. Преобладал нейровегетативный вариант АСО.

Нам удалось установить, что темп формирования синдрома отмены (прогредиентность) у 72% (n=18) лиц был низким (9,8±0,7 года), в 28% случаев (n=7) – средним (6,5±0,5 года).

Мы не выявили статистически достоверных различий между типом соматической патологии и прогредиентностью САЗ, тяжестью ПВА и синдрома отмены.

Средняя продолжительность светлых промежутков была достаточной и составляла $23,5 \pm 2,5$ дня (см. табл. 4), а длительность АСО была небольшой – $3,5 \pm 0,5$ дня (см. табл. 5).

Наиболее частой причиной возобновления запоя у пациентов были неопределенный дискомфорт (30%), подавленность (45%), апатия (50%), нарушения сна (65%). У некоторых пациентов были сочетания причин.

Изменения характера больных за годы злоупотребления алкоголем со слов родственников и пациентов у 35% ($n=7$) лиц отсутствовали, в остальных случаях изменения характера в большинстве случаев ($p < 0,05$) были представлены ипохондрическими проявлениями (40%), слабодушием (15%), мнительностью, подозрительностью (10%).

Обсуждение

Таким образом, у большинства пациентов с соматическими симптомами наблюдались:

- низкая интенсивность ПВА;
- умеренная толерантность;
- низкопрогредиентное течение;
- АСО легкой степени тяжести, небольшой длительности;
- нейровегетативный вариант АСО;
- длинные светлые промежутки.

Это, по нашим данным, обусловлено меньшим числом наследственной отягощенности алкоголизмом, своеобразием индивидуально-психологических факторов риска [34–36]. По нашим данным, прогредиентность САЗ, тяжесть ПВА и синдрома отмены не зависят от типа хронического заболевания. Однако полученные данные требуют дальнейшего изучения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Кардашян Руслан Антраникович – д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии фак-та непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РUDN. E-mail: rakar_26@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5216-1813

Ефремов Александр Александрович – ассистент каф. психиатрии ФГБУ ДПО ЦГМА. ORCID: 0009-0006-3403-1747

Никифоров Игорь Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии АПО ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. ORCID: 0000-0002-4991-663x

Поступила в редакцию: 29.06.2026

Поступила после рецензирования: 10.08.2026

Принята к публикации: 20.08.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ruslan A. Kardashyan – Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: rakar_26@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5216-1813

Alexander A. Efremov – Assistant, Central State Medical Academy of the Office of the President of the Russian Federation. ORCID: 0009-0006-3403-1747

Igor A. Nikiforov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Academy of Postgraduate Education of Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies. ORCID: 0000-0002-4991-663x

Received: 29.06.2026

Revised: 10.08.2026

Accepted: 20.08.2026