

другими маркерными системами, являясь источником генетических маркеров, может использоваться как метод предскрининга раннего выявления индивидов, предрасположенных к тем или иным заболеваниям. А значит, позволит формировать группы повышенного риска к данной патологии еще до развития болезни.

В свете изложенного представляется интересным продолжение исследования больных с различными патологиями привлекая большое количество соматометрических показателей и индексов в плане поиска новых и уточнения уже имеющихся маркеров их частных конституций, для прогноза и профилактики заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Бернар, К.* Лекции о диабете / К. Бернар // Лекции по экспериментальной патологии. — М., 1937. — С. 278–287.
2. *Богданов, Н. Н.* Постигание индивидуальности (психофизиологические аспекты) / Н. Н. Богданов. — М.: ООО «Вопросы психологии», 2001. — 64 с.
3. *Богданов, Н. Н.* Характер по пальцам / Н. Н. Богданов // Женское здоровье. — 2000. — № 10. — С. 19–23.
4. *Генес, С. Г.* Нервная система и внутренняя секреция / С. Г. Генес. — М., 1965.
5. *Герасименко, И. А.* Особенности асимметрии дерматоглифики больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / И. А. Герасименко. — Киев, 1993. — 17 с.
6. *Губачев, Ю. М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский. — Л.: Медицина, 1981. — 214 с.
7. *Гусева, И. С.* Модифицирующее влияние половых хромосом на генетический комплекс папиллярного узора / И. С. Гусева // Генетика. — 1968. — Т. 4, № 10. — С. 129–133.
8. *Гусева, И. С.* Морфогенез и генетика грешковой кожи человека / И. С. Гусева. — Мн., 1986. — 157 с.
9. *Дерматоглифика в антропологии, физиологии, медицине, криминалистике мозга* / О. М. Фандеева [и др.] // Biomedical and biosocial anthropology. — 2004. — № 2. — С. 262–269.
10. *Дерматоглифика у лиц в возрасте 21–35 лет, болеющих инсулинозависимым сахарным диабетом* / В. В. Жмурик [и др.] // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: матер. 2-й междунар. науч. конф. / под ред. П. К. Лысова. — М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2006. — С. 78–80.
11. *Звягин, В. Н.* Медико-антропологические аспекты дерматоглифики фаланг кисти / В. Н. Звягин, Л. Ю. Шпак // Суд. мед. экспертиза. — 2000. — Т. 43, № 4. — С. 16–20.
12. *Корнетов, Н. А.* Клиническая антропология — методологическая основа целостного подхода в медицине / Н. А. Корнетов // Biomedical and biosocial anthropology. — 2004. — № 2. — С. 101–105.
13. *Кронджави, Е.* Анализ показателей дерматоглифики у женщин с миомой матки / Е. Кронджави // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 2. — С. 57–58.
14. *Куклин, В. Т.* Влияние типа наследования на особенности дерматоглифических узоров на пальцах рук при рецессивных моногенных дерматозах / В. Т. Куклин, З. В. Кулина // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. — 2000. — № 2. — С. 24–28.
15. *Курцин, И. Т.* Теоретические основы психосоматической медицины / И. Т. Курцин. — Л., 1973.
16. *Леонтьев, А. Г.* Значение дактилоскопии при экспертизе исключения отцовства-материнства / А. Г. Леонтьев // Сб. науч. работ кафедры судебной медицины Ленингр. педиатр. мед. института. — Л., 1958. — С. 168–173.
17. *Невзгода, И. И.* Соматотип, пальцевая дерматоглифика и антигены крови у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.10 / И. И. Невзгода. — Мн., 1995. — 23 с.
18. *Психофизиологические и дерматоглифические особенности учащих с моторной асимметрией* / Т. И. Вихрук [и др.] // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: матер. 2-й междунар. науч. конф. / под ред. П. К. Лысова. — М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2006. — С. 52–54.
19. *Сенько, В. И.* Особенности дерматоглифики больных сахарным диабетом первого типа. Внедрение инновационных технологий в хирургическую практику (фундаментальные и прикладные аспекты) / В. И. Сенько, Е. С. Околоулак // Сб. матер. междунар. дистанционной науч.-практ. конф., посвященной памяти выдающегося ученого и хирурга профессора В. Н. Парина. — Пермь: ИД «Пресстайм», 2008. — С. 181–183.
20. *Солониченко, В. Г.* Медицинская дерматоглифика / В. Г. Солониченко, Н. Н. Богданов // Папиллярные узоры: идентификация и определение характеристик личности (дактилоскопия и дерматоглифика). — М., 2002. — С. 59–80.
21. *Тегакко, Л. И.* Практическая антропология: учеб. пособие / Л. И. Тегакко, О. В. Марфина. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 320 с.
22. *Усоев, С. С.* Анатомические особенности человека как система генетических маркеров / С. С. Усоев // Генетические маркеры в антропогенетике и медицине: Тез. докл. IV Всесоюзного симпозиума. — Хмельницкий, 1988. — С. 279–280.
23. *Усоев, С. С.* Дерматоглифика при инфаркте миокарда, стенокардии и варикозном расширении вен / С. С. Усоев, Н. А. Усоева // Актуальные вопросы медицины и новые технологии медицинского образования: матер. междунар. науч.-практ. конф., посвященной 10-летию образования Гомельского государственного медицинского института (22–23 ноября 2000 г., г. Гомель): В 2 т. — Мозырь: «Белый Ветер», 2000. — Т. 2. — С. 262–263.
24. *Царев, В. П.* Конституционально-клиническая характеристика иммунного гомеостаза и экстракорпоральная иммуннокоррекция у больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05 / В. П. Царев. — Мн., 2003. — 41 с.
25. *Шапцев, Ю. Д.* Дерматоглифика в медицине / Ю. Д. Шапцев // Мед. консультация. — 1999. — № 3. — С. 12–19.
26. *Benton, P.* Diabetes / P. Benton. — 1953. — Vol. 4, № 6. — P. 401–405.
27. *Cummins, H.* Finger prints palms and soles. An introduction to Dermatoglyphics / H. Cummins, Ch. Midlo. — Philadelphia, 1943 (N.Y., 1961). — 319 p.
28. *Sasicki, K.* Zróżnicowanie regionalne Polaków i sąsiadujących nimi narodów pod względem cech dermatoglifow / K. Sasicki // Zprawy Cs. spol antropol. pri Cs. Acad. Ved. — 1976. — Vol. 29, № 3. — P. 84–87.

Поступила 17.02.2009

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1

РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о проявлении рецидивоопасных клинических ситуаций (депрессии и другие) у лиц с алкогольной зависимостью первые 6 месяцев формирования терапевтической ремиссии (шифр по

МКБ-10 F10.200). На основе полученных данных сформулированы рекомендации, направленные на раннюю диагностику и адресную противорецидивную терапию пациентов с алкогольной зависимостью в процессе лечения и реабилитации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, лечение.

RECURRENCE-DANGEROUS CLINICAL CONDITION IN ALCOHOL-ADDICTS AT EARLY THERAPEUTIC REMISSION

I. M. Skvira

Gomel State Medical University

The data about on display relapse-dangerous clinical situations (depressions and others) of the alcohol depended patients in the first 6 months remission time (F10.200) are presented in this articles. The recommendations are formulated on early diagnostics and address therapy of the patients with alcoholic dependence during treatment and rehabilitation.

Key words: alcohol addiction, remission, relapse-dangerous clinical situations, treatment.

Введение

Проблема лечения алкоголизма остается чрезвычайно актуальной, прежде всего из-за неудовлетворительной ее эффективности вследствие ранних срывов и рецидивов зависимости, происходящих, по данным большинства авторов, в самом начале формирования ремиссии — на этапе ее становления, определяемом в 4–6 месяцев от начала воздержания от употребления алкоголя [1, 2, 3].

В это время у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) наблюдаются аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю (ПВА) и срывом алкогольной зависимости (АЗ) [1, 2, 3, 4]. Ранее эти состояния нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические состояния (РОКС) [5]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности РОКС ПАЗ при различных типах ремиссии, недостаточно разработаны способы их диагностики и терапии.

Целью исследования является разработка методов ранней диагностики, профилактики и лечения рецидивоопасных клинических ситуаций на этапе становления ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и метод

Исследование проведено на базе Государственного учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». После трех этапов лечения, согласно принятым в наркологии стандартам [6], на этапе становления ремиссии (до 6-ти месяцев воздержания от употребления алкоголя [2]), обследовано 159 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $39,2 \pm 7,2$) с алкогольной зависимостью (шифр F 10.200-201 согласно критериям

МКБ-10 [7]). В исследование не включались лица, злоупотребляющие алкоголем без синдрома зависимости, больные с другими психическими и поведенческими расстройствами. С учетом принципов клинической типификации ремиссии, принятых в современной наркологии [2], все исследованные пациенты были разделены на три, репрезентативные по возрасту и другим социально-демографическим параметрам, группы.

Первая группа ПАЗ состояла из 39 человек в состоянии компенсированной ремиссии, без клинически выраженных рецидивоопасных состояний. Вторая группа из 40 пациентов находилась в состоянии субкомпенсированной ремиссии с РОКС (обратившиеся для противорецидивного лечения). Пациенты первых двух групп достигли полной ремиссии (более 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя, шифр по МКБ-10 F 10.202) [7]. В третью группу (80 пациентов) были включены пациенты с рецидивом алкоголизма на этапе становления ремиссии (декомпенсированная ремиссия).

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ в ремиссии был использован разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [8]. Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программы Excel [9].

Результаты и обсуждение

Частота встречаемости РОКС ПАЗ трех групп представлена таблицей 1.

Таблица 1 — Частота рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

Рецидивоопасные клинические состояния	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	n	%	n	%	n	%
1. Алгии	17	43,5	17	42,5	26	32,6
2. Плохое самочувствие	9	23,1*	23	57,5**	18	22,5
3. Раздражительность	19	48,7	19	47,5	45	56,2
4. Утомляемость, усталость	10	25,6*	21	52,5	34	42,5
5. Бессонница	12	30,8	18	45,0**	13	16,2***
6. Депрессия	18	46,2	24	60,0	43	53,8
7. Гипомания	2	5,1	4	10,0	5	6,2
8. Сухое опьянение	2	5,1*	6	15,0**	4	5,0
9. Алкогольные навязчивости	6	15,4*	18	45,0**	20	25,0
10. Алкогольные сновидения	14	35,9	16	40,0	22	27,5
11. Псевдоабстиненция	2	5,1*	7	17,5**	6	7,5
12. Курение увеличено	8	20,5	11	27,5	15	18,7
13. Кофеин больше	10	25,6*	21	52,5**	20	25,0
14. Тревога	5	12,8*	13	32,5	18	22,5
15. Тяга к алкоголю	12	30,8*	22	55,0**	19	23,7
Нет жалоб	5	12,8*	0	0**	5	6,25
Всего пациентов	39	100%	40	100%	80	100%

* Различия между первой и второй группами достоверны ($p < 0,05$); ** различия между второй и третьей группами достоверны ($p < 0,05$); *** различия между третьей и первой группой достоверны ($p < 0,05$).

Как следует таблицы 1, на этапе становления ремиссии у пациентов всех трех групп имелись РОКС. Примерно с одинаковой частотой ($p > 0,05$) во всех трех группах наблюдались: «алгии», «раздражительность», «плохое настроение», «гипомания», «алкогольные сновидения» и «курение увеличено». В сравнении с первой группой во второй чаще ($p < 0,05$) встречались: «плохое самочувствие», «утомляемость», «сухое опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстиненция», «кофеин больше», «тревога» и «тяга к алкоголю». В сравнении с третьей группой во второй чаще ($p <$

0,05) встречались: «плохое самочувствие», «сухое опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстиненция», «кофеин больше» и «тяга к алкоголю». В сравнении с первой группой в третьей достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалась только «утомляемость», а реже ($p < 0,05$) — «бессонница». Остальные РОКС в первой и третьей группах встречались примерно с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Степень выраженности (в баллах) РОКС на этапе становления ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью представлена таблицей 2.

Таблица 2 — Сравнительная характеристика средней выраженности рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

Рецидивоопасные клинические состояния	Группа 1 (n = 39)	Группа 2 (n = 40)	Группа 3 (n = 80)
	M ± σ	M ± σ	M ± σ
1. Алгии	0,39 ± 0,58*	1,05 ± 1,03**	0,41 ± 0,69
2. Плохое самочувствие	0,22 ± 0,58*	0,89 ± 0,99**	0,38 ± 0,79
3. Раздражительность	0,74 ± 0,81	1,21 ± 1,06	0,93 ± 1,0
4. Утомляемость, усталость	0,3 ± 0,56*	0,89 ± 0,99	0,59 ± 0,8***
5. Бессонница	0,17 ± 0,49*	1,11 ± 1,1**	0,2 ± 0,51
6. Депрессия	0,52 ± 0,67	0,95 ± 1,03	0,84 ± 1,0
7. Гипомания	0,13 ± 0,34	0,21 ± 0,42	0,1 ± 0,41
8. Сухое опьянение	0,04 ± 0,21*	0,47 ± 0,84**	0,06 ± 0,3
9. Алкогольные навязчивости	0,17 ± 0,38*	0,79 ± 0,71**	0,36 ± 0,7
10. Алкогольные сновидения	0,39 ± 0,66*	0,82 ± 0,73**	0,3 ± 0,54
11. Псевдоабстиненция	0,04 ± 0,21*	0,53 ± 0,77**	0,08 ± 0,27
12. Курение увеличено	0,78 ± 1,16	0,37 ± 0,68	0,3 ± 0,7
13. Кофеин больше	0,56 ± 0,9	0,84 ± 1,16	0,43 ± 0,81
14. Тревога	0,09 ± 0,29*	0,53 ± 0,61	0,3 ± 0,6***
15. Тяга к алкоголю	0,3 ± 0,63*	0,63 ± 0,6**	0,31 ± 0,63
Сумма баллов	4,9 ± 3,8*	11,32 ± 8,3**	5,6 ± 4,4

Примечание. Смотреть примечание к таблице 1.

Как следует таблицы 2, суммарная выраженность РОКС у пациентов второй группы в среднем составила $11,32 \pm 8,32$ баллов, что превышает суммарную выраженность РОКС пациентов первой ($4,9 \pm 3,8$ баллов) и третьей ($5,64 \pm 4,45$ баллов) групп ($p < 0,01$). Из отдельных признаков во второй группе, в сравнении с пациентами первой группы, наиболее выраженными оказались такие РОКС, как «бессонница» — $0,17 \pm 0,49$ баллов против $1,11 \pm 1,1$ баллов ($p = 0,002$) и «тяга к алкоголю» — $0,3 \pm 0,63$ баллов против $0,63 \pm 0,6$ баллов ($p = 0,005$). Еще 7 признаков также увеличивались у пациентов второй группы, в сравнении с пациентами первой группы, достоверно ($p < 0,05$): «алгии», «плохое самочувствие», «утомляемость», «сухое опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстиненция» и «тревога» (см. таблицу 2). В сравнении с третьей группой, во второй больше ($p < 0,05$) были выражены «алгии», «плохое самочувствие», «бессонница», «тяга к алкоголю», «сухое опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстиненция». В сравнении с первой группой, в третьей группе больше выражены только два РОКС: «тревога» — $0,3 \pm$

$0,64$ баллов против $0,09 \pm 0,29$ баллов ($p < 0,05$) и «утомляемость» — $0,59 \pm 0,77$ баллов против $0,3 \pm 0,56$ баллов ($p < 0,05$). Выраженность остальных РОКС у пациентов первой и третьей групп оказалась примерно одинаковой ($p > 0,05$).

В то же время, при дифференцированном анализе было установлено, что процент пациентов третьей группы с высокой градацией выраженности хотя бы одного из неспецифических РОКС («плохое самочувствие», «раздражительность», «утомляемость», «депрессия» и «тревога») оказался идентичным второй группе ($p > 0,05$) и достоверно большим ($p < 0,001$), чем у пациентов первой группы (рисунок 1).

Количество пациентов с высокой градацией выраженности специфических, характеризующих наличие патологического влечения к алкоголю, РОКС («сухое опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстиненция» и «тяга к алкоголю») (рисунок 2), оказалось сопоставимым ($p > 0,05$) среди пациентов первой и третьей групп и значительно меньшим, в сравнении с пациентами второй группы ($p = 0,0002$).

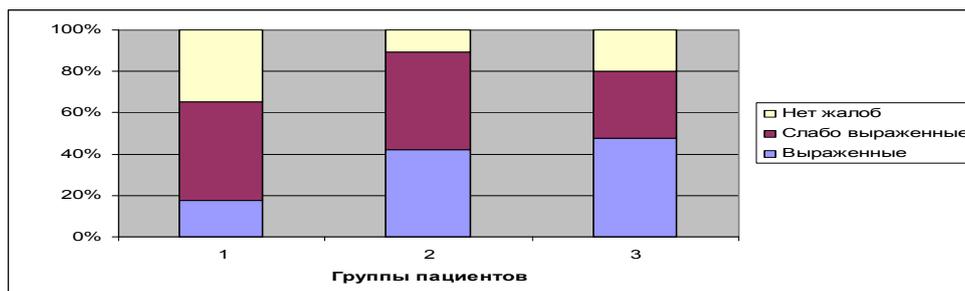


Рисунок 1 — Распределение по градации выраженности неспецифических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

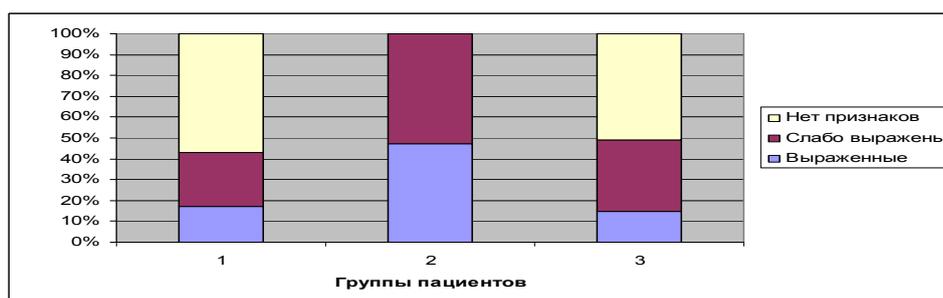


Рисунок 2 — Распределение по градации выраженности специфических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

Как следует из рисунка 2, все 40 (100 %) из 40 пациентов второй группы жаловались на разную степень выраженности влечение к алкоголю, в то время как 22 (56,4 %) из 39 пациентов первой группы и 41 (51,3 %) из 80 третьей группы отрицали наличие у себя тяги к алкоголю. По показателю наличия влечения к алкоголю с очень высокой степенью достоверности вторая группа пациентов отличается от двух других групп ($p = 0,00003$), между кото-

рыми отличий по выраженности ПВА не выявлено (см. рисунок 2, $p > 0,05$). Но при этом влечение к алкоголю, даже будучи значительно выраженным, у пациентов второй группы не приводило к рецидиву алкоголизма, в отличие от пациентов третьей группы. Наши данные согласовываются с данными других авторов о том, что высокая степень влечения к алкоголю не всегда является прогностическим фактором рецидива алкоголизма [10].

С помощью клинико-динамического, психопатологического и патопсихологического анализа было установлено, что пациенты третьей группы достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем пациенты первой и второй групп, обращались за противоалкогольным лечением под влиянием возникших у них из-за алкоголизма проблем в семье, на работе, а не по личному побуждению. При этом, в сравнении с пациентами первой и второй групп, осознание болезни «алкоголизм» у них было формальным ($p < 0,05$), установки на лечение носили внешний характер ($p < 0,05$), а в процессе лечения они планировали воздерживаться от алкоголя определенное, как правило, не более одного года, время ($p < 0,0001$).

Таким образом, у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии наблюдаются различные рецидивоопасные клинические состояния. При сформированной срывопротекторной биопсихосоциальной системе (обеспечиваемой, прежде всего, глубоким осознанием болезни, внутренними установками на абсолютную трезвость и комплайенсом), они не обязательно ухудшают прогноз заболевания, так как или субклинически выражены и угасают (компенсированная ремиссия), или, при значительной выраженности, осознаются и мотивируют пациентов на противорецидивное лечение (субкомпенсированная ремиссия). Когда же пациенты с алкогольной зависимостью пытаются решать вызванные болезнью проблемы только на внешнем, по отношению к их личности, поведенческом уровне, без внутренней проработки жизненного кризиса, тогда у них не может возникнуть личной установки на абсолютную трезвость, а, следовательно, и срывопротекторная система у них не может быть сформирована. При таком подходе к формированию ремиссии патологическое влечение к алкоголю не угасает, а вытесняется, подавляется, сохраняется в скрытом виде, не осознается, по механизмам конверсии трансформируется в невротические и психосоматические симптомы, а в критических ситуациях, часто неожиданно для пациентов и родственников, трансформируется в поведенческое расстройство — употребление алкоголя с рецидивом алкогольной зависимости.

В результате исследования установлены частота встречаемости и степень выраженности рецидивоопасных клинических состояний у лиц с алкогольной зависимостью при различных типах становления терапевтической ремиссии, что позволило разработать принципы терапии пациентов с алкогольной зависимостью при рецидивоопасных клинических состояниях [5] и сформулировать следующие выводы и рекомендации.

Выводы

1. Для пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической

ремиссии характерны рецидивоопасные клинические состояния, которые при сформированной срывопротекторной биопсихосоциальной системе не приводят пациентов к неизбежному срыву, так как или регрессируют (при компенсированной ремиссии), или, осознаваясь больными, мотивируют их на противорецидивное лечение (при субкомпенсированной ремиссии).

2. Рецидив алкоголизма на этапе становления ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью, прежде всего, происходит вследствие несформированности срывопротекторной системы, из-за чего рецидивоопасные клинические состояния плохо осознаются, взаимопотенцируются и, при незначительном разрешающем факторе, трансформируются в поведенческое нарушение — срыв алкоголизации с последующим рецидивом заболевания.

3. Поддерживающую и противорецидивную терапию у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии следует проводить с учетом структуры, выраженности и динамики рецидивоопасных клинических состояний, а психотерапию необходимо направлять на осознание и словесное выражение чувств, дифференциацию эмоций, развитие способности к управлению эмоциональным состоянием и формирование мотивации к трезвой жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Neuropsychological functioning in detoxified alcoholics between 18 and 35 years of age / M. J. Eckardt [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 1995. — Vol. 152 (1). — P. 53–59.
2. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2002. — 192 с.
3. Сосин, И. К. Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Кол-ум, 2005. — 800 с.
4. Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans / M. Geoffrey [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000. — Vol. 19. — P. 259–269.
5. Сквиря, И. М. Рубрификация и принципы терапии рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода в наркологии / И. М. Сквиря // Актуальные вопросы психического здоровья: матер. междунар. науч.-практ. конф. 30 января 2005 г. — Гродно, 2005. — С. 159–162.
6. ПРИКАЗ от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / гл. ред. Р.А.Евсегнеев. — Мн., 2005. — 196 с.
7. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж.Э.Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: «Сфера», 2000. — 464 с.
8. Сквиря, И.М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
9. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.
10. Miller, N. S. Dissociation of «conscious desire» (craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence / N. S. Miller, M. S. Gold // *Ann. Clin. Psychiatry*. — 1994. — Vol. 5. — P. 99–106.

Поступила 24.11.2008