

ПАВЛОВ ДЕНИС ГЕННАДЬЕВИЧ

*соискатель ученой степени кандидата медицинских наук Военно-медицинской академии
им. С. М. Кирова*

PAVLOV D.

*applicant of the academic degree of a candidate of medical science of the S.M.Kirov Military Medical
Academy*

**ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА
ФОРМИРОВАНИЕ РЕМИССИИ И РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**PECULIARITIES OF FORMING OF REMISSION AND RELAPSE AT PATIENTS
WITH ALCOHOLIC ADDICTION SYNDROME**

АННОТАЦИЯ: В статье дано подробное описание этапов формирования алкогольной зависимости на поведенческом уровне. Раскрыты понятия ремиссии, интермиссии, пререедыва и рееедыва, описаны возможные связи между некоторыми особенностями личности больного (преморбидный склад характера, акцентуации личности) и социальными факторами, способствующими рецидиву либо препятствующим формированию качественной ремиссии у пациентов, страдающих «синдромом зависимости от алкоголя». Описаны современные реабилитационные программы.

ABSTRACT: The article presents a detailed description of stages of forming on the al level. It exposes the concepts of remission, intermission, prerelapse and relapse, and describes possible links between some patient's personal features (premorbid character, personal accentuations and others) and social factors promoting relapse or obstructing remission at patients with alcoholic addiction syndrome. The article describes therapeutic programmes used in modern narcology.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: алкогольная зависимость, абстиненция, интермиссия, обсессия, психопатия, рецидив, ремиссия, акцентуации характера.

KEY WORDS: accentuation alcoholic addiction, abstinence, intermission, obsession, psychopathy, relapse, remission.

Неумеренное потребление алкоголя как болезненное явление было известно Гиппократу и Галену. Однако подлинно научная разработка проблемы началась в XIX веке. Пьянство стали рассматривать не как нарушение норм морали, а как болезненное явление. В 1804 г. Томас Троттер назвал пьянство болезнью. В 1817 г. А. М. Сальватори предложил термин «ойномания», понимая под ним болезненное пристрастие к алкоголю, которое приводит к психическим и соматическим нарушениям. Сходным было понимание патологического влечения Эскиролем, предложившим термин «алкоголемания». Наиболее полно клиника алкоголизма была представлена Бриль-Краммером (1818), который описал запойную форму злоупотребления спиртными напитками и состояние после окончания злоупотребления алкоголем. Гуфелянд предложил для обозначения запоя термин «дипсомания». В дальнейшем так стали обозначать только те запои, которым предшествуют расстройства настроения [8,6,13,14].

Термин «алкоголизм» был впервые введен в 1849 г. Магнусом Гуссом. До 40-х годов 20 века, относился преимущественно к физическим последствиям длительного тяжелого пьянства. Неточность термина привела к тому, что в 1979 г. Комитет экспертов Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) отказался от него, отдав предпочтение более узкой формулировке синдрома алкогольной зависимости как одной из широкого спектра связанных с алкоголем проблем, по аналогии с зависимостью от психоактивных средств. В то же время термин «алкогольная зависимость» получил общее признание в современной нозологии. Однако несмотря на свою многозначность, алкоголизм все еще широко используется как диагностический и описательный термин. Например, в 1990 г. Американское общество наркологической медицины (American Society of Addiction Medicine) определило алкоголизм как «первичное хроническое заболевание», на развитие и проявления которого оказывают влияние генетические, психосоциальные и микросредовые факторы. В нашей работе,

отдавая дань исторической справедливости, мы будем пользоваться как терминологией нозологической концепции психических расстройств, которая предлагает рассматривать алкоголизм как нозологическую единицу, так и терминологий современной синдромальной парадигмы, где злоупотребление алкоголем рассматривается с точки зрения синдромального диагноза – синдром зависимости от алкоголя.

Современное видение течения алкогольной зависимости предполагает следующие три стадии ее патогенеза: начальная (неврастеническая), средняя – наркоманическая, 3-я исходная или энцефалопатическая [6,12,15].

Первая, начальная или неврастеническая стадия характеризуется следующей группой психопатологических симптомов: болезненное влечение обсессивного характера, утрата количественного контроля, возрастание толерантности, алкогольная амнезия (островковая), алкогольная анозогнозия.

Средняя наркоманическая стадия представлена следующими симптомами: болезненное влечение как обсессивного, так и компульсивного характера, абстинентный синдром, плато толерантности, появление ложных запоев, алкогольное оскудение личности.

Клиника конечной энцефалопатической стадии обусловлена резким снижением психической и ростом физической зависимости, снижением толерантности к спиртному, появлением истинных запоев, утратой ситуационного контроля.

Актуальность и незавершенность проблем формирования алкоголизма и алкогольных рецидивов обращает пристальное внимание авторов к психологическим характеристикам личности, скрытых в феноменах акцентуации характера, психопатиях [1,3,4,8,9].

Кроме того, реабилитационное направление в современной медицине, одним из самых важных принципов которого является личностный подход к больному, в отечественной медицинской психологии связанный с работами В.Н.Мясищева, подчеркивает важность изучения особенностей личности больного, способствующих рецидиву либо препятствующих формированию качественной ремиссии у пациентов, страдающих «синдромом зависимости от алкоголя» [5,6].

Течение алкоголизма в большинстве случаев является циклическим и сопровождается возникновением периодов воздержания от алкоголя, т.е. наступлением ремиссий и периодами активного потребления алкоголя – рецидивами.

Ремиссии

В современной наркологии под ремиссией понимается состояние воздержания от употребления спиртных напитков, их суррогатов, любых психоактивных средств в течение срока, не меньшего чем 3 месяца. При этом, полная ремиссия – воздержание от употребления алкоголя с исчезновением влечения к опьянению, нормализацией настроения, сна, аппетита, отсутствием проявлений отставленного абстинентного синдрома. Неполная ремиссия – воздержание от потребления алкоголя при сохраняющемся или периодически появляющемся влечении

к алкоголю, колебаниях настроения, нарушениях сна и аппетита, время от времени появляющихся симптомах отставленного абстинентного синдрома. Интермиссия – это полная ремиссия, длящаяся не менее года, сопровождающаяся полным восстановлением социального и семейного статуса, отсутствием характерных для алкоголизма изменений личности. Спонтанной ремиссией называется ремиссия, наступившая без специального терапевтического вмешательства. Терапевтической считают ремиссию, наступившую после проведения специального терапевтического вмешательства. Преридивом, или периодом контролируемого потребления алкоголя, называют тот отрезок времени после ремиссии, когда больной употребляет небольшие дозы алкоголя, но без возобновления прежней формы злоупотребления спиртными напитками, без опохмеления [1,2,5,8,9].

Способствуют наступлению ремиссии следующие факторы: отсутствие выраженных алкогольных изменений личности; наличие хотя бы частичной критики к заболеванию; достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации, хорошие внутрисемейные отношения; наличие высшего образования или высокой квалификации, некоторые личностные особенности (стеничность, упорство в достижении цели, известная ригидность, интроверсия в сочетании с активностью, гипертимия, самостоятельность суждений, выраженность индивидуальных черт характера, разнообразие интересов, отсутствие повышенной внушаемости, наличие позитивных увлечений, повышенное внимание к состоянию здоровья, заинтересованность в сохранении социального положения и материального благополучия). Особенно благоприятно сочетание нескольких факторов. Поддерживают длительность ремиссии следующие факторы: разумное использование свободного времени, удовлетворение от работы, участие в общественной жизни, удовольствие от культурных развлечений, отсутствие психотравм, в том числе постоянной психотравмирующей ситуации дома и на работе, полный разрыв отношений с собутыльниками, участие в работе групп самоподдержки, длительный контакт с врачом, психотерапевтом, психологом [1,3,5-7,16].

Особое значение для возникновения многолетних ремиссий имеют некоторые особенности преморбидного склада характера.

Чаще всего отмечают следующие варианты акцентуации характера [4,9,10,11].

Эпилептоидная акцентуация. Для этих лиц характерна медлительность, обстоятельность, аккуратность в одежде, в исполнении своих обязанностей, настойчивость в достижении поставленных целей, бережливость, переходящая в скупость, обидчивость, привязанность к семье и родственникам, особая сосредоточенность на материальном достатке, прямолинейность, резкость, бескомпромиссность, готовность к борьбе за справедливость, отстаиванию своих и чужих прав. В части случаев отмечается ригидность, обстоятельность, постоянство привычек, взглядов, интересов, увлечений.

Алкоголь этими лицами употребляется для устранения чувства напряжения, раздражительности,

усталости. Влечение к опьянению резко усиливается в ответ на психотравму. Оно, как правило, компульсивное. Больные пьют обычно в течение ряда дней и прекращают злоупотреблять алкоголем в силу тех или иных обстоятельств. В опьянении и во время абстинентного синдрома возникают не только соматоневрологические нарушения, но и нарушения психики. Часто отмечаются повышенная возбудимость, склонность к агрессии. Решение прекратить пить принимается главным образом в связи с желанием поправить свое материальное положение. Адаптация к трезвому образу жизни занимает от 6 до 12 месяцев, в это время могут возникать дисфории. После прекращения пьянства обнаруживается склонность к социальной гиперкомпенсации, подчеркнута нетерпимое отношение к пьющим. Обнаруживается нередко утрированное стремление к материальным приобретениям. Больные начинают работать в нескольких местах, приобретают ценные вещи. В семье становятся скупыми и жадными, полностью контролируют все расходы. Рецидив заболевания чаще всего наступает после психической травмы. Больные начинают сразу употреблять большие количества алкоголя, стремясь облегчить свое душевное состояние. Период контролируемого потребления небольших доз алкоголя отсутствует. Запой обычно более длительные, чем до наступления ремиссии.

Акцентуация с преобладанием тревожно-мнительных черт характера. Для этих лиц характерны робость, застенчивость, склонность к сомнениям, тревожным опасениям по незначительным поводам, неуверенность в своих силах, в своей профессиональной состоятельности, склонность реагировать снижением настроения в ответ на трудности и неудачи. В семье они уступчивы, покладисты. Становятся раздражительными при необходимости принять самостоятельное решение и нести за него ответственность. Употребление алкоголя ценят потому, что опьянение делает их смелее, разговорчивее, увереннее в себе.

Злоупотребление алкоголем начинается обычно после 25 лет. Заболевание развивается относительно медленно. Употребление даже сравнительно небольших доз алкоголя смягчает нарушения настроения. Утрата количественного контроля и формирование абстинентного синдрома приходятся на возраст старше 30 лет. Влечение к алкоголю никогда не бывает компульсивным. И в периоды злоупотребления алкоголем и во время ремиссий интенсивность влечения невелика. После псевдозапоев наступают довольно длительные периоды трезвости. Для похмельного синдрома характерно пониженное настроение с самобичеванием. Психические нарушения, возникающие в процессе развития алкоголизма, выражаются в заострении преморбидных черт характера, усилении астенического симптомокомплекса, лабильности настроения, тревоги. В похмелье нередко возникают сенситивные идеи отношения. Морально-этического снижения не наблюдается. Причина прекращения пьянства - конфликты на работе и в семье. Переход к трезвому образу жизни протекает сравнительно легко. При возникновении спонтанных ремиссий возможны

длительные сроки воздержания от алкоголя (20 и более лет). Основная причина рецидивов – влияние ближайшего окружения, трудности противостоять давлению знакомых, настойчиво требующих совместного употребления спиртного. Контролируемое потребление алкоголя с эпизодическим приемом небольших доз спиртного может продолжаться до 3 лет. Характерен постепенный переход к запойному пьянству с наращиванием доз алкоголя и учащением его потребления [2,5,3,4].

Шизоидная акцентуация (стенничные шизоиды). Это энергичные, работоспособные, очень добросовестные люди, стремящиеся к профессиональному совершенствованию. Многие заслуженно занимают высокое социальное положение. Вместе с тем заметны такие характерологические особенности, как замкнутость, эмоциональная холодность, неспособность к сопереживанию, склонность к самонаблюдению. Алкоголь является для этих лиц своеобразным адаптогеном: он успокаивает, позволяет наладить контакты с окружающими. В опьянении больные становятся доступнее, разговорчивее, общительнее. По мере развития алкоголизма возникает компульсивное влечение, часто - на фоне пониженного настроения. Для похмельного синдрома характерны тоска, апатическая депрессия, стремление к уединению. Злоупотребление алкоголем принимает форму псевдозапоев или ежедневного употребления больших доз спиртных напитков в вечернее время. Изменения личности выражаются в заострении шизоидных черт характера, трудности установления контактов, черствости, холодности, повышенной истощаемости. Утрата чувства долга по отношению к близким не достигает тех степеней, которые встречаются при алкогольной деградации [3,6,8,11].

Основная причина прекращения пьянства - осознание пагубности злоупотребления алкоголем для здоровья, выполнения профессиональных обязанностей, сохранения социального статуса. Снижение интеллектуальных возможностей иногда воспринимается как катастрофа. Адаптация к трезвому образу жизни приходит довольно легко. Больные переключаются на интенсивную работу, уделяя ей большую часть времени. Во время ремиссии отмечается профессиональный рост. Основная причина наступления рецидива – чувство ущемленности, порождаемое невозможностью употребления спиртного во время встреч, банкетов, презентаций. Положение «белой вороны» для многих весьма мучительно. Этап формирования рецидива часто бывает растянутым во времени. Больные начинают потребление спиртного и обрывают пьянство, опасаясь печальных последствий. Таким способом им удается достаточно длительно контролировать ситуацию [5,7,9].

Акцентуация характера с проявлениями ипохондрии. Это сборная группа с эпитимными, тревожно-мнительными, шизоидными, астеническими чертами характера. Объединяющий признак – излишняя озабоченность своим здоровьем, легкость возникновения тревоги при незначительном изменении самочувствия или отклонении в физических отправлениях. Они охотно посещают вра-

чей, любят делать различные анализы. Достаточно часто обнаруживаются остаточные явления перенесенных в прошлом заболеваний, но не сопровождающиеся существенными отклонениями от нормы. Ипохондричность не сопровождается сезонными и суточными колебаниями настроения. Эти лица употребляют алкоголь как успокаивающее средство, устраняющее тревогу и облегчающее самочувствие. Злоупотребление алкоголем начинается после 25 лет. Влечение к опьянению формируется медленно и никогда не бывает особенно интенсивным. Больные употребляют относительно небольшие дозировки спиртного. Утрата количественного контроля возникает до 30 лет. Псевдозапой никогда не бывают особенно длительными. В похмельном синдроме соматоневрологические нарушения выражены весьма умеренно. Преобладает тревога, сочетающаяся с тяжелым самочувствием, опасениями по поводу здоровья. Изменения личности проявляются в заострении характерологических особенностей, что становится особенно заметным в первые дни после прекращения пьянства. К концу запоя иногда возникают тревожно-раптоидные состояния со страхом смерти. В связи с этим больные принимают решение прекратить пить и обращаются за помощью в наркологические учреждения. Они постепенно сокращают суточные дозировки алкоголя. Длительное время сохраняются диспептические нарушения, беспокоят неприятные ощущения в области живота, сердца. Влечения к опьянению в это время обычно не возникает. Период адаптации к трезвому образу жизни особых затруднений не вызывает. Больные хорошо приспосабливаются в семье и на работе. Во время ремиссий многие заняты оздоровительными мероприятиями, но занятия спортом, туризмом, увлечение рациональным питанием не носят сверхценного характера [2,3,4,5,16].

Возобновление потребления спиртного может быть связано с рядом причин. Нередко оно начинается с приема лекарств, в состав которых входит спирт. Затем возникает влечение к опьянению. Характерно длительное потребление небольших доз алкоголя, постепенное их увеличение, учащение приемов спиртного.

Длительные ремиссии могут возникнуть и у тех, кого раньше относили к неустойчивым, или «аструктурным», личностям. Это слабовольные люди со скудными интересами, не имеющие собственной точки зрения, легко подчиняющиеся окружающим и столь же легко усваивающие чужие взгляды и манеру поведения. Они плохо учатся, почти ничего не читают, мало чем интересуются, обычно бесхитроусны, доверчивы, покладисты. Жизнь их зависит от авторитетов и случайных обстоятельств. Длительные спонтанные ремиссии не возникают, но терапевтические ремиссии могут быть достаточно длительными. Злоупотребление алкоголем начинается рано, алкоголизм развивается достаточно быстро. Частота потребления алкоголя вначале определяется тем, как пьют в их компании. Критика к злоупотреблению алкоголем обычно отсутствует или явно недостаточная. К врачу обращаются по инициативе близких родственников или кого-нибудь из знакомых, кто после лечения ведет трезвый

образ жизни. Тяжесть абстинентного синдрома определяется длительностью запоя и суточными дозировками алкоголя. Длительное время сохраняется влечение к опьянению. Ремиссия поддерживается постоянными контактами с врачом. Во время ремиссии больные полностью приспосабливаются к привычным условиям труда, но ни социального, ни профессионального роста не отмечается. Проблемой является использование свободного времени. Никаких увлечений у больных нет, многие из них в свободное время предпочитают работать или помогать по хозяйству. Рецидив заболевания наступает в результате обострения влечения к алкоголю или случайного употребления спиртного во время застолья [2,5,9,14,15].

Несмотря на множество факторов (биологических и средовых), определяющих наступление длительных спонтанных и терапевтических ремиссий, основным все же является психологический. Только в тех случаях, когда обстоятельства порождают особую заинтересованность в прекращении пьянства, возникают длительные ремиссии.

Специальное лечение как бы реализует установку больного на трезвый образ жизни.

Рецидивы алкоголизма

Рецидивом алкоголизма называется возобновление злоупотребления алкоголем после ремиссии в той же форме, которая наблюдалась до прекращения пьянства. В первой стадии это выражается в возобновлении пьянства с невозможностью контролировать количество потребляемого спиртного, во второй и третьей стадиях - в многодневном потреблении спиртного с появлением абстинентного синдрома [1-5,15,16].

Срывом ремиссии принято обозначать потребление спиртного без появления проявлений психической и физической зависимости. Обычно это выражается в потреблении относительно небольших дозировок алкоголя без утраты количественного контроля и без необходимости опохмеляться.

Пререцидивом называют контролируемое потребление алкоголя после длительного периода воздержания. Обычно употребляют небольшие дозы спиртного, которые не ведут к возникновению опьянения второй степени. Компulsive влечение не возникает. Этот период может продолжаться несколько дней, недель, реже - несколько месяцев или даже 1-2 года. Затем влечение усиливается, дозы возрастают, развивается рецидив. Опасность даже одноразовых срывов состоит в том, что появляется уверенность в возможности умеренного потребления алкоголя, как это было до заболевания алкоголизмом.

Рецидив может начаться после употребления первой же небольшой дозы алкоголя, которая медленно ведет к появлению сильного влечения к опьянению. Возможно и медленное наращивание дозировок спиртных напитков с постепенным увеличением количества потребляемого алкоголя. Вне зависимости от темпов формирования рецидива период контролируемого потребления спиртного раньше или позже заканчивается рецидивом заболевания [3,4,6,12,13].

Тяжесть рецидива может быть различной. В части случаев рецидив протекает в форме псевдозапов с употреблением тех же дозировок алкоголя, что и до наступления ремиссии, а длительность ежедневного потребления алкоголя не превышает продолжительности собственных больному периодов пьянства. В этих случаях и форма потребления алкоголя, и поведение в опьянении, и тяжесть абстинентного синдрома остаются прежними.

Рецидив может протекать более тяжело, чем злоупотребление алкоголем, отмечавшееся до наступления ремиссии. Это выражается в удлинении псевдозапов, возрастании суточных дозировок спиртного, резком утяжелении проявлений абстинентного синдрома, вплоть до появления судорожных припадков и развития алкогольных психозов.

Наконец, рецидив может отличаться меньшей тяжестью, чем запои, наблюдавшиеся до наступления ремиссии. Больные пьянеют от меньших дозировок алкоголя, псевдозапои укорачиваются, суточные дозы алкоголя небольшие, абстинентный синдром протекает легче, чем до наступления ремиссии. С чем связано изменение тяжести рецидива, остается неизвестным. Если рецидив течет менее тяжело, чем можно было ожидать, это предположительно объясняют изменением толерантности к алкоголю, наступившим во время длительной ремиссии. Большую тяжесть рецидива пытаются объяснить особой интенсивностью влечения к алкоголю, которое длительное время подавлялось. Во всяком случае, связать особенности рецидива с физическим состоянием или изменением возраста больного за время длительного воздержания не удается.

После длительных полных ремиссий меняется отношение к потреблению алкоголя. Это сказывается и на отношении больного к возобновлению пьянства. Часть больных немедленно обращается за помощью в то учреждение, которое помогло им длительно воздерживаться от алкоголя. При этом отмечается достаточно полное понимание необходимости повторного лечения. Другие знают, что им помогут прекратить пить, что снова можно будет рассчитывать на длительную ремиссию и не торопятся обращаться за медицинской помощью. Отношение к лечению во многом зависит от веры в терапию, в ее эффективность. Разумеется, многое зависит от характерологических особенностей больных, от уровня тревоги в структуре похмельного синдрома, от реакции на ухудшение физического состояния, от сохраняющейся мотивации на воздержание от алкоголя.

Рецидив на фоне психогенной депрессии может протекать особенно тяжело, со стремлением любыми путями добиться глубокого опьянения и потреблением огромных количеств алкоголя. Кроме того, возможны суицидальные попытки. При некоторых формах психогенной депрессии с возникновением тоскливо-злобного аффекта больные бывают агрессивны в отношении окружающих. Возникновение таких рецидивов является основанием для госпитализации в наркологический или психиатрический стационар.

Рецидив у больных с расстройством личности (психопатией), остаточными явлениями органичес-

кого поражения мозга может сопровождаться грубо неправильным, опасным для самих больных и окружающих поведением. Так часто бывает при возникновении рецидива у лиц с повышенной эксплозивностью, с эпилептоидными чертами характера, с подозрительностью и недоверчивостью. В этих случаях нередко приходится прибегать к немедленной госпитализации.

У примитивных, интеллектуально недалеких, внушаемых, конформных, тревожных больных рецидив обычно не сопровождается грубыми нарушениями поведения с опасностью для здоровья самих больных и окружающих [1,5,8,9,15].

Рецидивы, наступающие после 60 лет, обычно протекают нетяжело, т.к. толерантность к алкоголю невысокая, абстинентный синдром не очень тяжелый. Опасны эти рецидивы обострением соматических заболеваний, появлением нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы [1,3,4,6,15].

Причины наступления рецидивов многообразны. Основные из них следующие:

1. Постоянно существующее, то усиливающееся, то ослабевающее или внезапно обнаруживающееся влечение к опьянению. Оно выражается в беспричинных нарушениях поведения, образных представлениях, воспоминаниях об употреблении спиртного, сновидениях алкогольного содержания. В некоторых случаях влечение плохо осознается, и больные не в состоянии объяснить, почему они вдруг привели себя в состояние опьянения. При длительном воздержании первичное влечение может исчезнуть и внезапно появиться без видимой причины.

2. Отставленный абстинентный синдром, выражающийся в изменениях настроения, появлении алкогольного содержания сновидений, легких вегетативных нарушений (тахикардия, потливость, тремор пальцев вытянутых рук, утром плохой вкус во рту) и влечения к опьянению. Отставленный абстинентный синдром возникает далеко не у всех больных. Появление его может быть спровоцировано ухудшением физического состояния (инфекция, обострение соматического заболевания).

3. Изменение психического состояния, вызванное психической травмой. Пониженное настроение с чувством обиды или гневливым аффектом нередко столь мучительно, что больной прибегает к испытанному средству, устраняющему тоску, тревогу, нормализующему настроение хотя бы на короткое время - к приему алкоголя.

4. Стремление проверить действительность проведенного курса лечения, в особенности тех методов, где оговаривается под страхом ухудшения физического состояния определенный срок воздержания от приема алкоголя. Обычно больные очень осторожно принимают первые порции алкоголя. Не обнаружив тяжелых последствий, начинают увеличивать дозировки спиртного.

5. Отрицательное влияние социального окружения. Больному во время ремиссии постоянно приходится сталкиваться со стремлением окружающих приобщить его к потреблению спиртного. Эти попытки могут быть очень настойчивыми, и сопротивляться им не так просто. Больной вынужден за-

нимать крайне жесткую позицию, что для многих оказывается непосильным. В части случаев «давление среды» сочетается с некоторыми личностными особенностями больного, плохо переносящего положение «белой вороны». Единичное (случайное) потребление алкоголя вскоре приводит к рецидиву.

Одним из основных негативных последствий снижения жизненного уровня населения, является уменьшение роли семьи как ключевого социального института, обеспечивающего общественную стабильность.

6. Сочетание ряда факторов, например, сочетание влечения к опьянению со стремлением про-

верить действенность проводившегося курса лечения. Облегчает возникновение рецидива снижение уровня личности, возникшее за годы злоупотребления алкоголем, отсутствие стойкой установки на трезвый образ жизни, неумение проводить свободное время, бедность интересов.

Профилактика рецидива – это система мероприятий, где основное значение имеет психотерапевтическое воздействие. Медикаментозное лечение направлено на нормализацию настроения, прежде всего на устранение колебаний настроения с возникновением гипотимных состояний или раздражительности [1,5,6,8,9].

1. Алкоголизм: руководство по психиатрии: В 2-х т./А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская [и др.]. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
2. Аффективные нарушения при алкоголизме. – Л.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 1983. – 130 с.
3. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами / И.П. Анохина. – М., 1999. – 247 с.
4. Батищев В.В. Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ / В.В. Батищев, Н.В. Негериш // Вопр. Наркол. – 1999. – №3. – С. 69 – 76.
5. Батищев В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа “Решение”: теория и практика / В.В. Батищев, Н.В. Негериш – М.: Российский благотворительный фонд НАН. 2001. – 184 с.
6. Завьялов В.Ю. Дианализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии / В.Ю. Завьялов // Наркология. – 2002. – №9. С. 36 – 41.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1998. – 367 с.
8. Ковалев В.В. Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1999. – 455 с.
9. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с немецкого / К. Леонгард. – Москва. Высшая школа, 2005. – 537 с.
10. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А. Е. Личко. – М.: Медицина, 2007. – 412 с.
11. Морозов Г.В. Особенности клиники шизофренического алкогольного процесса в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.В. Морозов. – М.: МГУ, 2005. – 22 с.
12. Наркология: учеб. пособие / Л.С. Фридман, Д.Г. Робертс, С.Е. Хайман [и др.]. – СПб.: «Невский проспект», 1998. – 265 с.
13. Ушаков Г.К. Психиатрия / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 2003. – 467 с.
14. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1999. – 296 с.
15. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии / П.Д. Шабанов – СПб.: Изд. “Лань”, 1998. – 353 с.
16. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.М. Шейнин. – М., 1984. – 16 с.
17. Michaux L. Psychiatrie infantile / L. Michaux. – Paris. 1989. – 523 с.