

Роль факторов, способствующих развитию рецидивов хронического алкоголизма у больных с короткими и длительными ремиссиями

МЕЛИКСЕТАН А.С.

м.н.с. отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости,
ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»
e-mail: anait_meliksetyan@mail.ru

Приводятся сведения о факторах, актуализирующих влечение и провоцирующих развитие рецидивов у больных алкоголизмом с короткими и длительными ремиссиями. На разных этапах формирования очередной ремиссии одни и те же пациенты указывают на разные причины, способствовавшие возникновению рецидива. Не было выявлено ни одного пациента, у которого отмечался лишь один провоцирующий фактор, способствовавший наступлению рецидива. В большинстве случаев удается установить два и более причинных фактора.

Ключевые слова: ремиссия, рецидив, хронический алкоголизм, короткие ремиссии, длительные ремиссии

Введение

Наркологическая ситуация в России большинством исследователей расценивается как крайне напряженная. Подчеркивается сверхвысокое потребление алкоголя населением [6, 8, 9, 14]. В отечественной наркологии в настоящее время наиболее часто используемым показателем успешности лечения лиц, страдающих болезнями зависимости считаются стойкость, длительность и качество возникших ремиссий.

Зависимость от алкоголя (алкоголизм), как и любое другое хроническое психическое прогрессивное заболевание, влечет за собой изменения в личностной, семейной, профессиональной, экономической сферах жизнедеятельности пациента, определяющих качество его жизни. Под ремиссией в психиатрии и наркологии понимается ослабление болезненных проявлений хронического заболевания.

Большинство отечественных исследователей считает, что ремиссии при алкоголизме, даже очень длительные или наступившие спонтанно, не эквивалентны полному выздоровлению [4, 7, 15—17]. Рецидивам алкоголизма посвящен ряд работ отечественных и зарубежных исследователей [1—3, 5, 10—13, 18—24]. Однако многие вопросы остались недостаточно изученными. Так, мало освещены вопросы о связи рецидивов с типом течения алкоголизма, со временем (возрастом) возникновения и последовательностью появления основных проявлений заболевания. Не подвергались строгому анализу сочетания обстоятельств, способствующих возникновению рецидива, не учитывались закономерности течения алкоголизма при использовании широко применяемых методов опосредованной психотерапии.

Пациенты и методы исследования

С целью установления причины возникновения рецидивов алкоголизма и особенностей их клиники в 2007—2009 гг. проводилось исследование в отделении психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, МНИИП Росздрава.

Были отобраны пациенты, у которых возник рецидив заболевания (многодневное пьянство с опохмелением) после воздержания от приема спиртных напитков в течение трех месяцев и более. Были обследованы больные как с короткими ремиссиями (не более 6 мес.), так и с длительными (один год и более).

Исключались из исследования лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями (шизофрения, заболевания шизофренического спектра, аффективные расстройства эндогенной природы, эпилепсия, тяжелые органические поражения головного мозга, тяжелые расстройства личности с частыми декомпенсациями), больные хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения или декомпенсации, больные алкоголизмом 3 стадии, а также больные в возрасте моложе 25 лет и старше 60 лет и пациенты, у которых употребление алкоголя сочеталось с систематическим приемом других психоактивных веществ.

В соответствии с поставленными задачами был использован клинко-психопатологический метод, который дополнялся стандартизацией данных путем заполнения на каждого больного специально разработанной для настоящего исследования «Анамнестической картой» (АК), включающей в себя 150 пунктов. В АК больного алкогольной зависимостью входили демографические сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, интересах, воспитании, социальном статусе, особенностях преморбидного периода, начале и течении алкоголизма, о ха-

рактере течения ремиссии, о состоянии физического здоровья, информированности о соматоневрологической патологии и отношении больного к ней.

Особые затруднения в получении объективных сведений связаны с алкогольными изменениями личности больных. Анозогнозия, недооценка тяжести пьянства, недостаточная критика и переоценка своих возможностей, отсутствие правдивости — вот с чем нередко приходилось встречаться при анамнестическом и катамнестическом обследовании больных. Отсюда происходят затруднения в объективной оценке получаемых сведений и необходимость для их проверки дополнительной (контрольной) информации.

Сведения, полученные в результате опроса больного, в тех случаях, когда это было возможно, дополнялись и сопоставлялись с информацией о состоянии больного, полученной от родственников, а также из предыдущих историй болезни.

В соответствии с задачами исследования в АК были включены вопросы о характере семьи, условиях воспитания в детстве, развитии сферы интересов, самооценке пациента на разных этапах жизни, наличии в преморбиде соматических заболеваний и коморбидных соматоневрологических расстройствах, социальном окружении пациента.

Уделялось внимание отношению больного к потреблению алкоголя и алкогольным проблемам в различные периоды жизни. Выяснялись мотивы и обстоятельства, способствовавшие злоупотреблению алкоголем, как в преморбидном периоде, так и на этапах становления и развития алкогольной болезни. Устанавливалось, когда возникали первоначальные изменения реактивности организма в отношении алкоголя (повышение выносливости, эпизоды амнезии состояния опьянения), когда наступала утрата количественного и ситуационного контроля за потреблением спиртного, в какие сроки возникало изменение отношения к употреблению спиртных напитков и появлялась психическая зависимость от алкоголя.

Также использовался Глоссарий (1991 г.) — методическое пособие, составленное в Московском НИИ психиатрии, включающее в себя наиболее часто используемые обозначения основных проявлений алкоголизма, с целью диагностики и оценки динамики состояния под влиянием изучаемого метода терапии.

Анализ полученных данных проводился с использованием методов математической статистики. Для подсчета и обработки полученных данных использовались программы «Microsoft Excel», «Statistica 6». Для анализа роли факторов, влияющих на возникновение рецидива, проводился факторный анализ — многомерный статистический метод для изучения взаимосвязей между значениями переменных. По результатам точечной диаграммы выделилось количест-

во учитываемых факторов, собственные значения которых превосходили единицу (критерий каменистой осыпи).

Результаты исследования и их обсуждение

На разных этапах формирования очередной ремиссии одни и те же пациенты указывали на разные причины, способствовавшие возникновению рецидива. Непосредственно при поступлении в стационар и во время абстинентного синдрома чаще всего звучали следующие причины: «не знаю, сам не знаю», «особой тяги не было», «хотел выпить немного и остановиться», «не смог отказаться». В ходе обследования, проведения лечения и психотерапевтических бесед пациенты приходили к мнению, что в большинстве случаев рецидиву способствовало влечение к опьянению, стремление ощутить эйфорию. В большинстве случаев влечение было легким по интенсивности. Однако, несмотря на слабую выраженность влечения, пациенты возобновляли алкоголизацию, потому что более половины из них были уверены в возможности контроля. У пациентов с короткими ремиссиями (от трех месяцев до шести) рецидивы возникали под влиянием микросоциальной среды и алкогольных традиций. Эти больные во время своих непродолжительных ремиссий испытывали чувство неудовлетворенности и напряжения в связи с воздержанием от алкоголя, они говорили о невозможности сопротивляться алкогольным традициям. Больные легко поддавались непосредственному влиянию окружающих лиц и возобновляли злоупотребление алкоголем, чтобы преодолеть чувство неудовлетворенности, ощущение своей «неполноценности». Рецидив оправдывали тем, что «смогут пить умеренно», хотя во время психотерапевтических бесед соглашались, что «на личном опыте неоднократно» убеждались в невозможности это осуществить.

В ходе проведенного обследования были выявлены следующие факторы, влияющие на возникновение рецидива при коротких ремиссиях (табл. 1). В большинстве случаев удавалось установить две причины и более, способствовавшие наступлению рецидива. У больных с короткими ремиссиями (от трех до шести месяцев) многократные рецидивы встречались чаще.

Фактор 1. В группе пациентов с короткими ремиссиями преобладают больные с преморбидными особенностями. Возникновению рецидива способствует актуализация первичного влечения, которое сами больные осознают и удовлетворяют, выпивая спиртное. Характерно для этих больных незначительное количество срывов во время ремиссии и короткое по времени контролируемое потребление алкоголя, в отличие от больных с длительными сроками отказа от спиртного.

Фактор 2. У больных с короткими сроками воздержания во время ремиссии чаще преобладала дисфория, раздражение, особенно на ранних сроках становления ремиссии, когда пациентам приходилось менять ритм жизни, круг общения, вести трезвый образ жизни. Спокойное, ровное настроение в ремиссии способствует ее удлинению. Возникновение беспричинных изменений настроения подразумевает наличие скрытого влечения к опьянению, вынужденный отказ от алкоголя вызывает раздражение, тоску, апатию. Нарушения настроения, особенно в форме дисфорий, способствуют возникновению рецидива. В этом состоянии больные часто без борьбы мотивов стремятся к потреблению спиртного. Однако после возврата к пьянству многие сожалеют о возникшем рецидиве. Несмотря на проведенные «радикальные» процедуры, пациенты при сохранении «веры» в их действие и страха возникновения возможных неприятных ощущений и даже наступления смерти либо «терпят» до истечения срока действия методики и сразу же возвращаются к потреблению алкоголя, либо при отсутствии веры в данную процедуру возобновляют алко-

голизацию значительно раньше оговоренных сроков воздержания.

Фактор 3. При возникновении неприятных эмоций, после психотравм актуализируется, иногда даже и четко осознаваемое, первичное влечение к опьянению, возникает желание испытать эйфорию и стремление избавиться от тягостного ощущения грусти, тоски, тревоги, вызванное психической травмой. Данная группа отличается более высокой эмоциональной лабильностью за счет психоорганических изменений.

Фактор 4. Уровень полученного образования, социального статуса являются одними из причин, способных удержать больного от возобновления алкоголизации.

Фактор 5. Желание «снять усталость», «отдохнуть», «расслабиться» побуждает пациентов возвращаться к потреблению алкоголя. Чаще это происходит в конце рабочего дня (недели), после длительного эмоционального и физического напряжения. Эмоциональным нарушениям пациенты чаще не придают значения, ощущая лишь физическую усталость. Для

Таблица 1

Факторы, влияющие на возникновение рецидива при коротких ремиссиях

Порядковый номер фактора	Предметное содержательное клиническое объяснение фактора	Вклад фактора, %
1 фактор	Преморбидные черты (0,70) Длительность запоя (0,91) Влечение осознанное (0,69) Актуализация первичного влечения при наступлении рецидива (0,70) Количество срывов во время ремиссии (0,69) Длительность контролируемого пьянства после начала рецидива (0,90)	19,2%
2 фактор	Настроение во время ремиссии (0,68) Возобновление приема алкоголя после истечения "действия" срока психотерапевтической методики (0,91) Возобновление приема алкоголя несмотря на "сохранение действия" срока психотерапевтической методики (0,73) Продолжительность ремиссии (0,84) Семейная отягощенность алкоголизмом (0,98)	17,5%
3 фактор	Настроение при актуализации влечения во время ремиссии (0,84) Психоорганический синдром (0,84) Влечение после психической травмы (0,89)	13,6%
4 фактор	Уровень полученного образования (0,86)	12,9%
5 фактор	Беспричинные изменения психического состояния перед запоем (0,72) Отношение к рецидиву (0,90) Беспричинные изменения психического состояния во время ремиссии (0,94) Актуализация влечения при усталости (0,68)	10,1%
6 фактор	Темп формирования хронического алкоголизма (0,92) Форма потребления алкоголя до формирования ремиссии (0,70) Форма потребления алкоголя после наступления рецидива (0,96)	9,8%
7 фактор	Влечение ассоциативное (0,94) Уровень критической дозы (0,94)	6,8%
8 фактор	Спонтанно возникающее влечение (0,73) Причина обрыва запоя (0,80)	5,8%
Примечание. % — собственные значения факторов, процентный вклад каждого из них в объяснение общей дисперсии всей клинической картины, пофакторно накопленные (кумулятивные) собственные значения и накопленное количество объясненной факторами общей дисперсии; (*, **) — коэффициент корреляции		

«улучшения» прибегают к алкоголю. При коротких ремиссиях чаще преобладает неустойчивое эмоциональное состояние. Данная совокупность признаков приводит к рецидиву болезни. От пациентов данной группы редко можно услышать сожаление о возобновлении алкоголизации.

Фактор 6. Короткие ремиссии способствуют замедлению течения болезни, однако в сравнении с длительными видны значительные различия. За короткие сроки отказа от спиртного симптоматики, характерная для хронического алкоголизма, возвращается тут же с возобновлением алкоголизации, и больные возвращаются к прежней форме потребления спиртного.

Фактор 7. Рецидив у данной группы больных может возникнуть при актуализации ассоциативного влечения. Однако, как было сказано выше, за короткие сроки воздержания симптоматики, характерная для алкоголизма, быстро возвращается, с началом ал-

коголизации уровень критической дозы достаточно низкий, в силу чего сразу же возникает рецидив.

Фактор 8. Спонтанное влечение является одним из определяющих факторов в возникновении рецидива. По мнению части пациентов, рецидиву способствовало резкое, ничем не обусловленное влечение к алкоголю, которое в силу легкой доступности спиртного реализовывалось в кратчайшие сроки.

В ходе проведенного факторного анализа, у больных с короткими и длительными ремиссиями, были выявлены существенные различия основных признаков, способствующих возникновению рецидива. В табл. 2 указаны факторы, влияющие на возникновение рецидива при длительных ремиссиях. К числу самых существенных факторов, которые вели к рецидиву при длительных ремиссиях, следует отнести следующие: недооценка некоторыми больными роли лечения и переоценка ими своих сил и возможностей, недостаточно критическая оценка своего болезненно-

Таблица 2

Факторы, влияющие на возникновение рецидива при длительных ремиссиях

Порядковый номер фактора	Предметное содержательное клиническое объяснение фактора	Вклад фактора, %
1 фактор	Возобновление приема алкоголя после истечения срока "действия" психотерапевтической методики (0,69) Возвращение в мыслях к периоду потребления алкоголя (0,62) Выраженность влечения в ремиссии (0,67) Длительность запоя (0,66) Беспричинные изменения психического состояния во время ремиссии (0,78) Влечение осознанное (0,80) Сновидения на алкогольную тему (0,66) Влечение после психической травмы (0,65) Первичное влечение при рецидиве (0,69) Изменение настроения при актуализации влечения (0,79) Отношение к рецидиву (0,60) ОААС (0,60)	21,6%
2 фактор	Алкогольная анозогнозия (0,92) Длительность контролируемого пьянства после начала рецидива (0,60) Влечение ассоциативное (0,73) Уровень толерантности к алкоголю при возникновении рецидива (0,60) Длительность рецидива (0,73) Беспричинные изменения психического состояния перед запоем (0,73) Настроение во время ремиссии (0,73)	15,7%
3 фактор	Форма потребления алкоголя в настоящее время (0,72) Причина обрыва запоя (0,73) Выраженность влечения в ремиссии (0,60) ПОС (0,79)	14,7%
4 фактор	Больные без отягощенной наследственности (0,65) Критическая доза (0,82) Влечение ситуационное (0,76)	11,5%
5 фактор	Уровень полученного образования (-0,79)	9,8%
6 фактор	Темп формирования хронического алкоголизма (0,69) Продолжительность ремиссии (0,69)	7, 8%
7 фактор	Длительность заболевания (0,84)	6,7%
Примечание. % — собственные значения факторов, процентный вклад каждого из них в объяснение общей дисперсии всей клинической картины, пофакторно накопленные (кумулятивные) собственные значения и накопленное количество объясненной факторами общей дисперсии; (*, **) — коэффициент корреляции		

го состояния. Пациенты не осознавали, что страдают хроническим заболеванием, проявления которого быстро обнаруживаются при нарушении режима трезвости, не осознавали тяжесть и характер последствий болезни. Большая часть была не согласна с тем, что они являются больными, страдающими хроническим алкоголизмом. По их мнению, «алкоголиками» можно называть тех, кто снизился в социальном статусе, потерял семью, от кого отвернулись родственники, в частности лица без определенного места жительства. Пациенты с ремиссионным течением заболевания достаточно стабильны относительно социального положения: у большинства не нарушена трудовая адаптация; более того, многие являются руководителями различных подразделений, нет существенных деструкций в семье. Негативные соматические проявления во время рецидива купировались фармакологически, последствия отказа больных от спиртного достаточно быстро нивелировались. Это приводило к ложному восприятию «физического благополучия» и уверенности в выздоровлении. Личностные изменения замечало малое количество обследованных, и заявления родственников об изменении черт характера за годы пьянства воспринимались больными как «придирки». Подпитывали уверенность в выздоровлении и возможности «пить как все» те единичные срывы, во время которых больные удерживались на минимальных дозах. Некритическое отношение больного к своему состоянию, в том числе к неспособности воздержаться от спиртного, провоцировало рецидивы.

Фактор 1. У пациентов с длительными ремиссиями заболевание приобретает иное течение. Несмотря на окончание сроков действия «заключительной методики», пациенты продолжают отказываться от потребления спиртного, их реже посещают мысли, в которых они возвращаются к периоду алкоголизации. Влечение к спиртному отсутствует, а если и появляется, то лишь в присутствии провоцирующих факторов и по выраженности оно не сильное. Они редко видят сны на алкогольную тематику. Эта группа больных легче справляется с психическими нагрузками, они чаще могут возобновить прием спиртного на фоне ровного, спокойного настроения. В отличие от больных с короткими ремиссиями у пациентов с длительными периодами отказа от спиртного во время ремиссии сохраняется стабильное, ровное настроение. С момента последней алкоголизации проходят годы и больные успешно адаптируются к трезвой жизни, формируя новые компании друзей, досуг, пересматривая ценности. Начало алкоголизации начинается не на фоне осознанного непреодолимого влечения, а за счет уверенности в «излечении», что в свою очередь подтверждается факторным анализом (влечение осознанное и первичное). Эти пациенты сообщают, что в

начале алкоголизации первичное влечение не было актуальным, зато со вторичным влечением к спиртному бороться было невозможно, из-за чего и наступал рецидив. При возникновении рецидива длительность запоя становится длительной. За счет регрессии во время ремиссии симптоматики алкоголизма больные вначале имеют возможность контролировать потребление алкоголя. Выпивая каждый день небольшие дозы спиртного, они уверены, что никогда не вернуться к запойному пьянству. Впоследствии больные с сожалением говорят о возникшем рецидиве.

Фактор 2. Отсутствие критики к заболеванию, полная уверенность в возможности контролировать дозу алкоголя и «во время остановиться» является одним из факторов, провоцирующих рецидив. Отмечается развитие рецидива в условиях застолья, в «алкогольных ситуациях», но особенно при сочетании влечения с утратой контроля и превышением критической дозы. Многие пациенты уверяют, что если бы они не оказались в компании пьющих, возобновления пьянства удалось бы избежать. Значимым и одним из определяющих факторов является эмоциональное состояние больных во время отказа от спиртного. Ровное, стабильное настроение положительно сказывается на продолжительности ремиссии. Аффективные колебания способствуют рецидиву заболевания. Влечение актуализируется в ситуациях, которые ассоциируются с потреблением спиртного. Значимым и одним из определяющих факторов является эмоциональное состояние во время отказа от спиртного. Ровное, стабильное настроение положительно сказывается на продолжительности ремиссии. В свою очередь аффективные колебания способствуют рецидиву заболевания, а также удлинению периода пьянства.

Фактор 3. В вышеописанных факторах не раз упоминалось об отсутствии патологического влечения, если же оно актуализировалось, то интенсивность его была незначительной. Психоорганическая симптоматика у этой группы больных обусловлена не только хронической алкогольной интоксикацией, но и возрастными изменениями (группа больных с длительными ремиссиями значительно старше по возрасту). Чаще эта группа пациентов прекращает алкоголизацию в связи с определенными социальными обстоятельствами.

Фактор 4. Чем больше срывов во время ремиссии, тем больше пациент уверяется в том, что теперь он сможет контролировать прием спиртного. Эта уверенность способствует в одной из ситуаций потере контроля над количеством выпитого. Превышение дозы потребляемого алкоголя способствует возникновению запоя.

Фактор 5. Уровень полученного образования, социального статуса являются одними из причин, спо-

собных удерживать больного от возобновления алкоголизации.

Фактор 6 — Фактор 7. Темп формирования хронического алкоголизма. Чем дольше формируется хронический алкоголизм и чем позже пациенты прибегают к злоупотреблению алкоголем, тем легче протекает заболевание. В свою очередь, ранняя алкоголизация приводит к более прогрессивному течению болезни и укорочению периодов отказа от спиртного.

Таким образом, удалось установить наличие множества факторов, способствующих наступлению рецидива алкоголизма.

Выводы

1. Первичное патологическое влечение к опьянению, спонтанное или актуализирующееся под влиянием различных причин, постоянно сохраняющееся или периодически возникающее во время ремиссии у больных с короткими ремиссиями значительно выраженнее, чем у пациентов с длительными сроками воздержания от спиртного. Слабая выраженность первичного патологического влечения во время ремиссии сама по себе не предотвращает наступления рецидива. Возникновению рецидива способствует ряд обстоятельств, в том числе появившаяся надежда или уверенность в возможности контролировать сколь угодно долго потребляемую дозу алкоголя. В основе представления о наступившем после длительной ремиссии выздоровлении лежит частичная или полная анозогнозия.

3. Возникновение беспричинных или частично обусловленных внешними обстоятельствами аффективных нарушений, периодически возникающая раздражительность, дисфория, подавленность — способствуют сокращению длительности ремиссии. Чем реже возникают колебания настроения во время ремиссии, тем продолжительнее период воздержания от потребления алкоголя.

4. При длительных ремиссиях отмечается достаточно высокий уровень социальной адаптации и личностной сохранности. Благодаря личностной сохранности больным удается отказываться от потребления алкоголя в определенной ситуации (наличие ситуационного контроля).

5. У пациентов с длительными сроками воздержания существует достоверная взаимосвязь между возрастом возникновения основных симптомов ремиссионно протекающего алкоголизма. Это отражает закономерности формирования и течения алкоголизма, характеризующегося возникновением ремиссий и достаточно высоким уровнем социальной адаптации.

6. При возникновении коротких ремиссий у больных сформировано недоверие к «заключительной» терапевтической процедуре, исключающей потребление

алкоголя, отмечается достаточно частая семейная отягощенность алкоголизмом.

7. Для продолжительных ремиссий характерны следующие особенности: ровное, спокойное эмоциональное состояние, отсутствие беспричинных колебаний настроения, отсутствие или легкая степень выраженности влечения во время ремиссии, доверие к «заключительной» терапевтической процедуре, исключающей потребление алкоголя в течение оговоренного срока, а также после его истечения.

Список литературы

1. Авербах Я.К. К вопросу профилактики рецидивов алкоголизма. Вопросы экзогенных и органических нервно-психических расстройств. — М., 1964. — Вып. 2. — С. 5.
2. Авербах Я.К. К вопросу о рецидивах алкогольной болезни. Вопросы профилактики и лечения алкоголизма и алкогольных заболеваний: Тезисы. — М., 1960. — С. 57—58.
3. Александрова Н.В. Спонтанные и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1985. — С. 10—12.
4. Бриль-Крамер К.М. О запое и о лечении онго. — М., 1819. — 197 с.
5. Гребенник В.С. Причины рецидивов алкоголизма и организационные системы коллективной терапии: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1973. — 12 с.
6. Егоров В.Ф. О состоянии наркологической службы в России и проблемах ее совершенствования // Вопросы наркологии. — 1997. — №1. — С. 10—14.
7. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. Клинические исследования. — Воронеж: Коммуна, 1935. — 139 с.
8. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 1995. — 216 с.
9. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Корчагина Г.А., Вышинский К.В. и др. Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ, среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М.: ИЧП Агентство Пресса, Оренбург, 1997. — 82 с.
10. Куприянов А.Т. Профилактика и купирование рецидивов хронического алкоголизма в условиях диспансера: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 10 с.
11. Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма. — М., 1960. — С. 3—95.
12. Лапинский Э.И. К патогенезу влечения и механизмов рецидивов хронического алкоголизма // Алкоголизм и некоторые другие интокс. заболевания нервной системы и псих. сферы. — Ташкент, 1972. — С. 3—5.
13. Либих С.С. Актуальные вопросы профилактики рецидивов алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Л., 1963. — С. 5—7.
14. Немцов А.В. Потребление алкоголя и смертность в России // Социологические исследования. — 1997. — №9. — С. 113—116.
15. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. В 2-х т. — М., 1988. Т. 2. — 640 с.
16. Портнов А.А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь // Алкоголизм: Сборник. — М., 1959. — 448 с.
17. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л., 1975. — 332 с.
18. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
19. Foster J.H., Marshall E.J., Hooper R., Peters T.J. Quality of Life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking // Addict. Biol. — 1998. — Vol. 3. — P. 321—332.

20. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Quality of Life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // *Alcohol*. — 2000. — Vol. 22, №1. — P. 45—52.

21. Richter D., Venzke A., Settlemayer J., Reker. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // *Psychiatr. Prax.* — 2002. — Vol. 29, №7. — P. 364—368.

22. Tivis L.J., Branst E.N.Jr. Alcohol consumption among the elderly: dispelling the myths // *J. Okla State Med. Ass.* — 2000. — Vol. 93, №7. — P. 275—284.

23. Wetterling T., Veltrup C., John U., Driessen M. Late onset alcoholism // *Eur. Psychiat.* — 2003. — Vol. 18, №3. — P. 112—118.

24. Zimberg S. Diagnosis and treatment of the elderly alcoholic // *Alcohol Clin. Exp. Res.* — 1978. — №2. — P. 27—29.

ROLE OF FACTORS WHICH CONTRIBUTE TO RELAPSE IN ALCOHOLIC PATIENTS WITH SHORT-TERM AND LONG-TERM REMISSIONS

MELIKSETIAN A.S.

junior researcher, Department of mental disorders, complicated by substance abuse,
Moscow Research Institute of Psychiatry, e-mail: anait_meliksetyan@mail.ru

The article analyzes the factors that cause craving and provoke relapses in alcoholic patients with short-term and long-term remissions. The same patients report different causes that contribute to relapse on different stages of remission. None of the patients has indicated a single provoking factor leading to relapse. In most cases it is possible to reveal two or more factors that contribute to relapse.