

Переносимость медостатина была хорошей. В течение 3 месяцев лечения наблюдались следующие побочные действия: головная боль (у 1 больного), тошнота (у 2 больных), нарушение сна (у 1 больного), мышечные боли без повышения КФК (у 1 больного), боль в правом подреберье (у 1 больного). Данные побочные явления носили умеренно выраженный характер и не потребовали отмены препарата.

Выводы

1. Медостатин при 12-недельном курсе лечения лиц с МС в дозе 20–40 мг (средняя суточная доза 36 мг у женщин и 35 мг в сутки у мужчин) показал отчетливое гиполипидемическое действие. У данной категории больных препарат оказался эффективным в 88 % случаев.

2. В процессе лечения медостатином у лиц с МС не было отмечено тяжелых побочных эффектов. Отмены препарата в связи с развитием побочных явлений не производилось.

3. В клинической практике медостатин может применяться для коррекции липидных нарушений у лиц с МС.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Reaven, G. Role of insulin resistance in human disease / G. Reaven // *Diabetes*. — 1988.
2. Мамедов, М. Н. Метаболический синдром / М. Н. Мамедов // *Лечащий врач*. — 2000. — № 6. — С. 2–17.
3. Чазова, И. Е., Мычка В. Б. // Метаболический синдром. — 2004. — С. 48–100.
4. Мамедов, М. Н. Алгоритм диагностики и лечения метаболического синдрома в клиничко-амбулаторных условиях / М. Н. Мамедов // *Кардиология*. — 2005. — № 5. — С. 92–100.
5. Кухарчук, В. В. Атеросклероз. Актуальные проблемы профилактики и терапии / В. В. Кухарчук // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2002. — № 2–3. — С. 80–85.
6. Friedwald, W. T. Estimation of the concentration of low density lipoprotein cholesterol in plasma without use of preparative ultracentrifuge / W. T. Friedwald, R. L. Levy, D. S. Fredricson // *Clin. Chem*. — 1972. — № 18. — P. 499–502.
7. Климов, А. Н. Оценка липидных показателей и индексов при ишемической болезни сердца / А. Н. Климов, А. Д. Деев, Д. Б. Шестов // *Кардиология*. — 1983. — № 10. — С. 82–86.
8. Ивлева, А. Я. Эффективность липидкорректирующей терапии при использовании розувастатина / А. Я. Ивлева // *Кардиология*. — 2005. — № 6. — С. 71–80.

Поступила 28.05.2012

УДК 616.89-008.441.13-036.66 : 301.185.1

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

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о проявлении семейных рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью в первые 6 месяцев формирования терапевтической ремиссии (шифр по МКБ-10 F10.200). Установлено, что отношение лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя к близким людям является отражением их личностной сущности и характеризует качество ремиссии. На основе полученных данных сформулированы рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью.

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

FAMILY RECURRENCE OF DANGEROUS CLINICAL SITUATION IN ALCOHOL DEPENDENCE PATIENTS IN REMISSION

I. M. Skvira

Gomel State Medical University

The paper presents data on the family of clinical situations in patients with alcohol dependence, the first six months of the formation of remission (F10.200). The ratio of persons with alcohol dependence during abstinence from alcohol to close people is a reflection of their personal nature and characterizes the quality of remission. The recommendations are formulated on early diagnostics and therapy of the patients with alcoholic dependence during treatment and rehabilitation.

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

Введение

Лечение алкогольной зависимости представляется одной из важнейших проблем современной медицины. Это определяется высокой распространенностью данной патологии в большинстве стран мира и относительно низкой эффективностью те-

рапии, когда рецидив заболевания у большинства больных наступает в первые три месяца после детоксикации независимо от интенсивности программ противорецидивного лечения [1].

Становление ремиссии при алкогольной зависимости является чрезвычайно сложной

задачей [2], прежде всего из-за того, что переход к трезвому образу жизни требует перестройки ранее сложившихся динамических стереотипов [3]. И это притом, что окружающий пациентов мир не изменился, после лечения они возвращаются в ту же среду [4].

Особенно важной для формирования ремиссии считается внутрисемейная среда. Семья — это наиболее значимая сфера жизни людей, главная система, к которой принадлежит каждый человек. Поскольку все части этой системы находятся в тесном контакте, то и улучшение (ухудшение) состояния одного из членов семьи неизбежно отражается на самочувствии других [4].

Болезненная зависимость одного человека нарушает внутрисемейные отношения, у членов семьи обнаруживаются созависимость — симптом дисфункциональной семьи. Из этого следует, что система наркологической помощи должна предусматривать лечение зависимости от алкоголя у конкретного больного и созависимости — у его ближайшего окружения [5, 6]. Без заключительного реабилитационного этапа с семейной компенсацией любой комплекс самых современных методов интенсивной и плановой терапии будет выглядеть несовершенным, что подтверждают и другие авторы [7].

В то же время, наркологическая практика и данные научных исследований показывают, что социально-поддерживающий процесс у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) характеризуется функционированием дезинтегрированных, распадающихся социальных сетей («семья», «друзья», «значимые другие») [8, 9].

Ранее эти ситуации нами были идентифицированы, рубрифицированы и определены как семейные рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [10]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности семейных РОКС пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии, их взаимосвязь с качеством ремиссии и значение для прогноза и терапии.

Цель работы

На основе изучения семейных рецидивоопасных клинических ситуаций разработать способы стабилизации ремиссии при алкогольной зависимости.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». После 3-х этапов лечения, согласно принятым в наркологии стандартам, на этапе становления ремиссии (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя), обследовано 235 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $39,2 \pm 7,2$) с алкогольной зависимостью (шифр F 10.200-202 согласно критериям МКБ-10 [11]). В исследова-

ние 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 [3], все исследованные пациенты были разделены на три репрезентативные по возрасту, семейному положению и другим социально-демографическим параметрам группы.

Первая группа пациентов с алкогольной зависимостью состояла из 69 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 2-х групп достигли полной ремиссии (более 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя, шифр по МКБ-10 F 10.202) [11]. В третью группу (126 человек) были включены лица с рецидивом алкогольной зависимости 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 пациентов в ремиссии был использован разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [10]. Он предназначен для выявления, установления частоты и степени выраженности рецидивоопасных клинических состояний, психологических и социальных ситуаций, повышающих риск срыва и рецидива алкогольной зависимости. Среди многочисленных семейных рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода были выделены шесть наиболее актуальных, частоту встречаемости которых пациенты отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах. Первые 3 ситуации («ссоры, конфликты в семье», «в семье употребляли спиртное» и «вас это возмущало (употребление в семье)») оценивались, соответственно, как 3, 2, 1 и 0 баллов. Остальные три ситуации («вы ощущали поддержку в семье», «была поддержка друзей» и «была поддержка родственников») оценивались в обратном порядке — от 0 до 3 баллов.

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения, достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программы Excel [12]. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Частота встречаемости РОКС в группах сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Частота семейных рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов 3-х групп на этапе становления терапевтической ремиссии

Семейные рецидивоопасные клинические ситуации	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	n	%	n	%	n	%
Ссоры, конфликты в семье	23	54,8*	30	78,9**	17	45,9
Употребление спиртного в семье	22	52,4*	27	71,1**	15	40,5
Возмущение выпивками в семье	17	40,5	18	47,4**	5	13,5***
Отсутствие поддержки в семье	9	21,4*	14	36,8	13	35,1***
Отсутствие поддержки друзей	42	100*	18	47,4**	10	27,0***
Отсутствие поддержки родственников	7	16,7	5	13,2**	15	40,5***
Всего пациентов	42	100	38	100	37	100

Примечания. *Различия между 1-й и 2-й группами достоверны ($p < 0,05$); **различия между 2-й и 3-й группами достоверны ($p < 0,05$); ***различия между 3-й и 1-й группой достоверны ($p < 0,05$).

В сравнении со 2-й группой пациенты 1-й чаще жаловались на неудовлетворительную поддержку трезвости со стороны друзей ($p < 0,001$), а реже ($p < 0,05$) — на «ссоры, конфликты в семье», «употребление спиртного в семье», «отсутствие поддержки в семье». Негативные эмоции по поводу употребления спиртного в семье и плохой поддержки трезвости со стороны других близких родственников пациенты первых 2-х групп переживали примерно с одинаковой частотой (таблица 1, $p > 0,05$).

В сравнении с 3-й группой во второй чаще ($p < 0,05$) встречались «ссоры, конфликты в семье», «употребление спиртного в семье», «возмущение выпивками в семье», «отсутствие поддержки друзей», а реже ($p < 0,05$) — «отсутствие поддержки родственников». Ситуацию «отсутствие поддержки в семье» испытывали примерно треть пациентов 2-й и 3-й групп (таблица 1, $p > 0,05$).

У пациентов 3-й группы, в сравнении с 1-й группой, чаще наблюдались ситуации с жалобами на плохую поддержку со стороны

семьи и других родственников ($p < 0,05$) и значительно реже — с жалобами на плохую поддержку со стороны друзей ($p < 0,001$). Среди 42 пациентов в компенсированной ремиссии не было ни одного человека, у которого бы на этапе становления ремиссии всегда была поддержка друзей, все они, хотя и в разной степени выраженности, в этот период течения заболевания отмечали недостаточную поддержку со стороны друзей. В отличие от них ($p < 0,001$), большинство (27 (73 %) из 37) пациентов 3-й группы (с рецидивом алкогольной зависимости) в период трезвости на этапе становления ремиссии были полностью удовлетворены поддержкой своих друзей. Также пациенты 3-й группы в сравнении с пациентами 1-й реже ($p < 0,05$) возмущались употреблением спиртного в семье, хотя «ссоры, конфликты в семье» и «употребление спиртного в семье» в 1-й и 3-й группах наблюдались с одинаковой частотой (таблица 1, $p > 0,05$).

Сравнительная характеристика средней выраженности семейных РОКС у пациентов 3-х групп представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнительная характеристика средней выраженности семейных рецидивоопасных ситуаций на этапе становления ремиссии у пациентов 3-х групп

Жалобы на рецидивоопасные клинические семейные ситуации	Группа 1	Группа 2	Группа 3
	М ± σ	М ± σ	М ± σ
Ссоры, конфликты в семье	0,70 ± 0,88	1,11 ± 0,94	0,65 ± 0,93
Употребление спиртного в семье	0,52 ± 0,51	0,84 ± 0,76	0,59 ± 0,71
Возмущение выпивками в семье	0,52 ± 0,84	0,47 ± 0,77**	0,18 ± 0,39***
Отсутствие поддержки в семье	0,43 ± 0,73	0,89 ± 1,24	0,71 ± 1,21
Отсутствие поддержки друзей	1,87 ± 0,76*	1,0 ± 1,2	1,12 ± 1,4***
Отсутствие поддержки родственников	0,30 ± 0,63	0,37 ± 0,96**	0,88 ± 1,16***
Сумма семейных РОКС	4,35 ± 2,08	4,74 ± 3,57	4,12 ± 3,35

Примечание. Обозначения см. под таблицей 1.

Как следует из данных таблицы 2, суммарная выраженность семейных РОКС в группах сравнения не имела статистически значимых отличий ($p > 0,05$).

Из отдельных признаков во 2-й группе в сравнении с пациентами 1-й более выраженной оказалась ситуация «отсутствие поддержки в

семье» (0,89 ± 1,24 балла против 0,43 ± 0,73 балла), а менее выраженной — «отсутствие поддержки друзей» (1,0 ± 1,2 балла против 1,87 ± 0,76 балла) (таблица 2, $p < 0,05$).

В сравнении с 3-й группой во 2-й больше была выражена ситуация «возмущение выпивками в семье» (0,47 ± 0,77 балла против 0,18 ±

0,39 балла), а меньше — «отсутствие поддержки родственников» ($0,37 \pm 0,96$ балла против $0,88 \pm 1,16$ балла) (таблица 2, $p < 0,05$).

В сравнении с первой группой в третьей больше была выражена ситуация «отсутствие поддержки родственников» ($0,88 \pm 1,16$ балла против $0,30 \pm 0,63$ балла), а меньше — «возмущение выпивками в семье» ($0,18 \pm 0,39$ балла против $0,52 \pm 0,84$ балла) и «отсутствие поддержки друзей» ($1,12 \pm 1,4$ балла против $1,87 \pm 0,76$ балла) (таблица 2, $p < 0,05$).

При взгляде на данные таблицы 2 обращает на себя внимание тот факт, что в 1-й группе пациентов возмущение выпивками в семье адекватно причинному фактору — употреблению спиртного в семье ($0,52 \pm 0,51$ против $0,52 \pm 0,84$ балла, $p = 0,67$). В 3-й группе пациентов РОКС «возмущение выпивками в семье» меньше РОКС «употребление спиртного в семье» ($0,18 \pm 0,39$ против $0,59 \pm 0,71$ балла, $p = 0,017$).

Градуированный анализ показал, что для пациентов 3-й группы была характерна недооценка степени опасности РОКС «употребление спиртного в семье». Так, среди пациентов,

в семьях которых (по их данным) употребляли спиртное, адекватная реакция наблюдалась: у 3 (20 %) из 15 человек 3-й группы, и у 17 (77,3 %) из 22 пациентов 1-й ($p < 0,001$).

Расчет шансов показывает, что для пациентов с алкогольной зависимостью, которые на этапе становления терапевтической ремиссии недооценивают опасность употребления спиртного в семье ($n = 27$), риск рецидива алкогольной зависимости в 8,53 (2,09–34,81) раза выше в сравнении с пациентами ($n=35$), адекватно возмущающимися употреблением спиртного в семье ($p < 0,001$). Для пациентов с алкогольной зависимостью, которые на этапе становления терапевтической ремиссии всегда удовлетворены поддержкой друзей ($n = 46$), риск рецидива алкоголизации в 8,67 (3,56–21,10) раза выше, в сравнении с пациентами ($n = 71$), выказывающими неудовлетворенность поддержкой друзей ($p < 0,001$).

Сравнительная выраженность степени корреляции семейных рецидивоопасных клинических ситуаций с интегральной суммой их выраженности у пациентов 3-х групп приведена в таблице 3.

Таблица 3 — Сравнительная выраженность степени корреляции семейных рецидивоопасных клинических ситуаций с интегральной их выраженностью в группах сравнения

Показатели*	1	2	3	4	5	6	7
Группа 1	0,34	0,51	0,43	0,74	0,41	0,50	1,00
Группа 2	0,65	0,45	0,77	0,72	0,60	0,45	1,00
Группа 3	0,85	0,74	0,81	0,66	0,44	0,67	1,00
P (1–2)	0,01	> 0,05	0,02	> 0,05	> 0,05	> 0,05	—
P (2–3)	0,04	0,02	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	—
P (1–3)	< 0,001	0,03	0,003	> 0,05	> 0,05	> 0,05	—

Примечание. *Показатели: 1 — ссоры, конфликты в семье; 2 — употребление спиртного в семье; 3 — возмущение выпивками в семье; 4 — отсутствие поддержки в семье; 5 — отсутствие поддержки друзей; 6 — отсутствие поддержки родственников; 7 — интегральная сумма семейных РОКС.

Как следует из данных таблицы 3, только фактор «ссоры, конфликты в семье» статистически значимо вырос (от $r = 0,34$ в 1-й группе до $r = 0,85$ в 3-й) по линии «компенсированная-субкомпенсированная-декомпенсированная» ремиссия ($p < 0,05$), что означает важнейшее значение этого фактора среди всех семейных РОКС для ухудшения качества ремиссии. Еще два признака («употребление спиртного в семье» и «возмущение выпивками в семье») по корреляции с интегральной выраженностью семейных РОКС имели статистически значимые отличия между пациентами первой и третьей групп ($p < 0,05$). Остальные 3 изучаемых признака не имели статистически значимых межгрупповых отличий по степени их корреляции с интегральной выраженностью семейных РОКС ($p > 0,05$).

Таким образом, для всех пациентов с алкогольной зависимостью в первые 6 месяцев воз-

держания от употребления алкоголя наибольшее рецидивоопасное значение среди неблагоприятных семейных ситуаций, причем со статистически значимым ростом ($p < 0,05$) по линии «компенсированная-декомпенсированная» ремиссия, представляют ссоры, конфликты в семье, употребление спиртного в семье и реакция пациентов на это. Но в то же время жалобы на ссоры в семье, употребление спиртного в семье и нетерпимость к этому значимо больше выказывают пациенты первых 2-х групп (достигшие полной ремиссии), чем пациенты 3-й группы (с рецидивом алкоголизации до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) ($p < 0,05$).

Иными словами, в результате исследования установлено, что для лиц с алкогольной зависимостью, успешно преодолевающим трудности первых 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя и достигающих полной ремиссии, характерна адекватная значимости реци-

дивоопасных клинических ситуаций реакция. Мы считаем, что у этих пациентов были реализованы цели первых 3-х этапов противоалкогольной терапии (детоксикация, купирование соматических, неврологических и психических последствий хронической алкогольной интоксикации) и начато формирование качественной ремиссии.

Для пациентов с рецидивом алкогольной зависимости до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя была характерна парадоксальная реакция на рецидивоопасные клинические семейные ситуации, когда значимые (в плане сохранения ремиссии) факторы (употребление спиртного в семье) недооценивались, а менее значимые (поддержка друзей и родственников) — переоценивались. Эти пациенты в период трезвости на этапе становления ремиссии вполне были удовлетворены своими друзьями, а пациенты в компенсированной ремиссии — нет. Мы находим этому явлению следующее объяснение. За такой короткий промежуток времени (менее шести месяцев) у всех пациентов не могли появиться новые друзья — «друзья» оставались те же, что и в период активной алкогольной зависимости, когда общим интересом всех пациентов был алкоголь. Отношение к прежним «друзьям» (продолжающим употреблять это вещество) после лечения — это фактически отношение к алкоголю («скажи мне кто твой друг, и я скажу, кто ты» [13]). Следовательно, полная удовлетворенность поддержкой друзей на этапе становления ремиссии свидетельствует о сохранности в ядре личности воздерживающихся от употребления алкоголя пациентов скрытых признаков алкогольной зависимости, прежде всего таких как «синдром патологического влечение к алкоголю» и «синдром пренебрежения альтернативными удовольствиями» [11]. Иными словами, у этих пациентов формирование ремиссии, несмотря на их воздержание от употребления алкоголя, не происходило, болезнь «алкогольная зависимость» у них сохранялась, что и подтверждалось последующим вскоре возобновлением алкоголизации.

Мы считаем, что выявление хотя бы одной формы неадекватного реагирования из трех (недооценка факта употребления спиртного в семье, полная удовлетворенность поддержкой друзей и неудовлетворенность поддержкой родственников) с высокой степенью вероятности (чувствительность 79,1 %, специфичность 92,2 %) свидетельствует об угрозе рецидива алкогольной зависимости.

Выводы

1. Подтверждены данные исследований [3–9] о том, что семейная обстановка у лиц с алкогольной зависимостью играет чрезвычайно важную роль для становления ремиссии,

причем, ее ухудшение (ссоры, конфликты в семье, употребление спиртного в семье) значительно ($p < 0,001$) ухудшают качество ремиссии.

2. Впервые установлено, что отношение пациентов с алкогольной зависимостью к близким людям, к семейным рецидивоопасным ситуациям является статистически значимым ($p < 0,05$) индикатором внутреннего клинического состояния самих пациентов в период воздержания от употребления алкоголя. Адекватное рецидивоопасным ситуациям реагирование свидетельствует о реализации целей терапевтических программ (преодоление анозогнозии, формирование внутренних терапевтических установок на лечение и трезвость) и готовности этих пациентов к абсолютно трезвому образу жизни, медицинской и социальной реабилитации. Парадоксальное реагирование (слабая реакция на значимые и сильная реакция на менее значимые рецидивоопасные ситуации) лиц с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя является доказательством активности синдрома алкогольной зависимости.

3. Семейные рецидивоопасные клинические ситуации у лиц с алкогольной зависимостью могут быть мишенями семейной психотерапии, а на этапе становления терапевтической ремиссии — критериями ее качества и прогноза (причем, количественными) ее стабильности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Niederhofer, H. Acamprosate and efficacy in treating alcohol dependent adolescents / H. Niederhofer, W. Staffen // *European Child Adolescent Psychiatry*. — 2003. — Vol. 12, 3. — P. 144–148.
2. Neuroimaging of toxic and metabolic disorders / A. Arona [et al.] // *Semin Neurol*. — 2008. — Vol. 28 (4). — P. 495–510.
3. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
4. Москаленко, В. Д. Созависимость в семьях наркологических больных: рук.-во по наркологии / В. Д. Москаленко; под ред. Н. Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика-М, 2002. — Т. 2. — С. 187–221.
5. Мысько, Г. Н. Наркологические проблемы в семье: рекомендации по преодолению / Г. Н. Мысько, В. В. Долгий; под ред. И. К. Сосина. — Харьков: Коллегиум, 2006. — 140 с.
6. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 780 с.
7. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков / И. А. Бабюк [и др.]; под ред. проф. И. К. Сосина, проф. И. А. Бабюка. — Донецк — Харьков: Донеччина, 2004. — 192 с.
8. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / под ред. Ю. В. Валентика, Н. А. Сироты. — М.: Литера-2000, 2002. — 256 с.
9. Сосин, И. К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чув. — Харьков: Кол-ум, 2005. — 800 с.
10. Сквиря, И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // *Актуальные проблемы медицины: 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 «ГомГМУ», 2008. — Т. 3. — С. 190–193.*
11. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
12. 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.
13. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова // *Российская академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова*. — 54-е изд., доп. — М.: Азбуковник, 1999. — 944 с.