

УДК 616.89-008.441.13-052-036.66

*И. М. Сквиря, М. И. Сквиря, Б. Э. Абрамов**Учреждение образования**«Гомельский государственный медицинский университет»**г. Гомель, Республика Беларусь*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В КАЧЕСТВЕННОЙ РЕМИССИИ

Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) остаётся одной из самых социально значимых проблем для нашего государства, в связи с чем считается крайне важным найти способы объективной оценки эффективности её лечения и качества ремиссии [1]. Проблема здесь возникает, прежде всего, из-за ранних срывов и рецидивов заболевания, происходящих, по данным большинства авторов, в первые месяцы после лечения [1, 2]. Изучение состояний пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) показало, что в течение этого заболевания имеются типичные, стереотипно повторяющиеся фазы: синдрома отмены алкоголя длительностью до 1 недели; постабстинентного состояния длительностью в пределах до 3 недель; ремиссии, как состояния с ослаблением проявлений признаков болезни [2].

Выделяют три этапа формирования ремиссии, очерчивая их временными промежутками в 1–6 месяцев (этап становления ремиссии), 7–12 месяцев (этап стабилизации ремиссии) и более 12 месяцев (этап установившейся ремиссии) [2]. В то же время было установлено, что в условиях длительного (более 5 лет) вынужденного воздержания от употребления алкоголя формирование ремиссии на каждом этапе затягивается во времени, а у части лиц с АЗ, даже после пятилетнего периода трезвости ремиссию так и не удалось сформировать [3]. Следовательно, понятие «ремиссия» не идентично понятию «воздержание от употребления алкоголя», даже если оно и весьма длительное.

Считается, что к формированию ремиссий, как образований со стабилизацией состояния пациентов на уровне близком к «практическому здоровью» сводятся все усилия наркологов. Но достаточно ли пациентам с АЗ для того формирования ремиссии чувствовать себя так же, как чувствуют себя здоровые люди?

Цель

Изучить особенности клинико-психологического состояния пациентов с алкогольной зависимостью при формировании терапевтической ремиссии.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» обследовано 79 пациентов с АЗ (ПАЗ) в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $40,18 \pm 10,2$). Из этих 79 ПАЗ 39 человек находились в ремиссии высокого качества (РВК), без выраженных рецидивоопасных клинических состояний (РОКС) (I группа), а 40 ПАЗ находилась в ремиссии низкого качества (РНК) с РОКС. Это были ПАЗ, обратившиеся за помощью для противорецидивного лечения. В третью, контрольную группу, состоящую из 42 человек, были включены здоровые лица, прошедшие ежегодный обязательный профилактический осмотр и допущенные к работе, как практически здоровые люди.

Для лиц всех трех групп общим критерием включения было информированное согласие на участие в исследовании. Пациентам обязательным условием включения в исследование было добровольное обращение за помощью в лечении АЗ. Общими для всех участников критериями исключения были другие установленные психические и поведенческими расстройства, острые соматические заболевания.

Методы исследования. В ходе выполнения работы применены клинический (анамнестический, клиничко-динамический, клиничко-психопатологический), экспериментально-психологические и лабораторные методы. Для сравнения клинического состояния ПАЗ был применен стандартизованный опросник, позволяющий выявлять и оценивать даже слабо выраженные жалобы [4]. Он включал 15 вопросов о специфических клинических состояниях пациентов с АЗ в период воздержания от употребления алкоголя (таблицы 1 и 2), частоту встречаемости которых отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [4].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2019. Сравнение данных в трех группах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным у всех исследуемых, за исключением только 5-ти (12,82%) ПАЗ в РВК, имелись жалобы на здоровье, для пациентов характеризуемые как РОКС ($p<0,05$). Примерно с одинаковой частотой во всех трех группах наблюдались только два признака – «гипоманиакальное состояние» и «учащение курения» ($p>0,05$). В сравнении с I группой во II чаще встречались: «плохое самочувствие», «астения», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстинентный синдром», «увеличение потребления кофе и/или чая», «тревога» и «тяга к алкоголю» ($p<0,05$). В сравнении с III группой во II группе чаще встречались: «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром», «кофеин больше» и «тяга к алкоголю» ($p<0,05$). В сравнении с I группой в контрольной группе чаще встречалась «алгии», «плохое самочувствие», «плохое настроение», «раздражительность», «астения», «бессонница» и «тревога», а реже – только «алкогольные сновидения» ($p <0,05$).

Суммарная выраженность РОКС у пациентов второй группы (обратившихся за помощью к наркологу в связи с угрозой рецидива АЗ), составила $11,29\pm 8,30$ баллов, что значительно больше, чем у пациентов с РВК ($4,84\pm 3,80$ баллов, $p<0,001$) и больше, чем у лиц контрольной группы ($8,50\pm 4,89$ баллов, $p<0,01$ баллов).

Из отдельных признаков во II группе, в сравнении с пациентами I группы наиболее выраженными оказались такие РОКС как «бессонница» – $1,11\pm 1,1$ баллов против $0,17\pm 0,49$ баллов ($p=0,002$) и «тяга к алкоголю» – $0,63\pm 0,6$ баллов против $0,3\pm 0,63$ баллов ($p=0,005$). Еще 7 признаков также увеличивались у пациентов II группы, в сравнении с пациентами I группы, достоверно: «алгии», «плохое самочувствие», «астения», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстинентный синдром» и «тревога» ($p<0,05$). В сравнении с III, контрольной группой, во II больше были выражены только все пять признаков, напрямую ассоциированные с влечением к алкоголю: «тяга к алкоголю», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения» и «псевдоабстинентный синдром» ($p<0,05$).

В сравнении с I группой, в III группе больше были выражены четыре признака: «алгии» – $1,0\pm 0,49$ баллов против $0,39\pm 0,58$ баллов ($p<0,05$), «плохое самочувствие» –

СЕКЦИЯ

Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

1,07±0,46 против 0,22±0,58 ($p<0,05$), «астения» – 1,45±0,74 баллов против 0,30±0,56 баллов ($p<0,05$) и «тревога» – 0,45±0,60 баллов против 0,09±0,29 баллов ($p<0,05$). Выраженность остальных признаков у пациентов I и лиц III, контрольной, группы оказалась примерно одинаковой ($p>0,05$).

В то же время, при дифференцированном анализе было установлено, что процент пациентов III группы с высокой градацией выраженности хотя бы одного из неспецифических клинических признаков («плохое самочувствие», «раздражительность», «астения», «плохое настроение» и «тревога») оказался идентичным II группе ($p>0,05$) и достоверно большим ($p<0,001$), чем у пациентов I группы (рисунок 1).

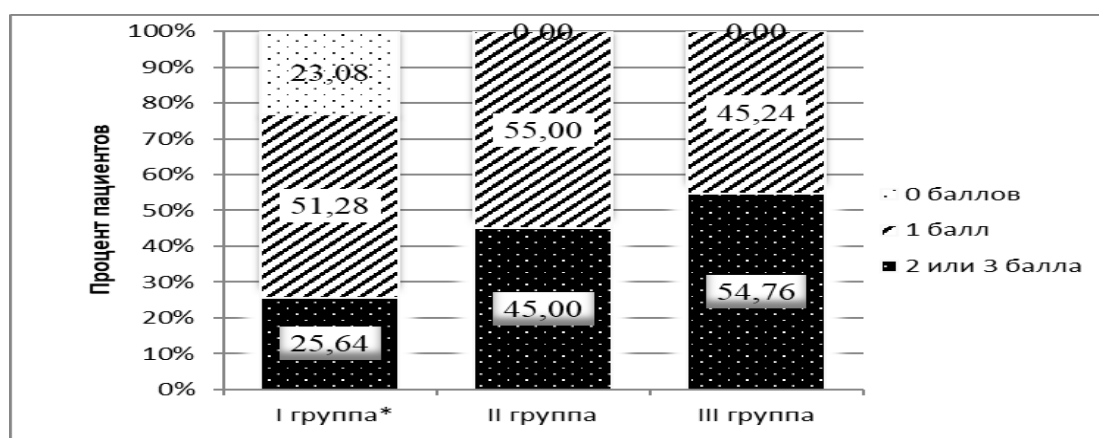


Рисунок – Распределение по градации выраженности неспецифических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп

Примечание. *Статистически отличия ($p<0,001$) групп: — I-II и I-III.

Количество пациентов с высокой градацией выраженности специфических, характеризующих наличие влечения к алкоголю, признаков («индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром» и «тяга к алкоголю»), оказалось сопоставимым ($p>0,05$) среди пациентов первой и здоровых лиц третьей (контрольной) групп и значительно меньшим, в сравнении с пациентами второй группы ($p<0,001$).

Таким образом, в результате проведенного исследования нами впервые получены данные, что стремление добиться у пациентов с АЗ в терапевтической ремиссии состояния, близкого к практическому здоровью, недостаточно для формирования ремиссии. Как оказалось пациенты с АЗ в РВК отличались от пациентов в РНК и здоровых статистически значимо меньшим количеством субклинических жалоб на здоровье, более высокими показателями качества жизни, самооценки, активности, настроения ($p<0,01$) [4]. Иными словами, они находились в состоянии заметного душевного и физического подъема, высокой внутренней мобилизации, что определено нами как неспецифическая адаптационная реакция организма в степени высокой и спокойной активации. Среди здоровых лиц контрольной группы также были выявлены лица в состоянии душевного подъема, но это были отдельные случаи, связанные с определенными приятными жизненными ситуациями, и редко такой подъем длился долго. А вот для лиц с АЗ, чтобы произошло становление ремиссии, такое состояние должно быть обязательным и длительным, по крайней мере, до шести месяцев воздержания, до формирования

полной ремиссии. Состояние душевного подъема бывает во всех сферах человеческой деятельности, где люди добиваются успеха на пути достижения социально-значимой, труднодостижимой цели. Это «покорение вершины» (такое явление постоянно наблюдается в спорте, когда спортсмен выходит на высокий уровень функционирования и в течение определенного времени добивается высочайших результатов). По нашим данным достигнуть такого, тем более по длительности, подъема в состоянии пациентов с АЗ невозможно без высоко специализированной, осознанной, целенаправленной интегральной психотерапии, системного подхода в лечении и реабилитации. А это требует полной мобилизации не только пациентов, но и тех, кто их лечит. Вот почему и бытует в общественном сознании мнение о низкой эффективности лечения алкоголизма. На самом же деле, достижение высокого качества ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью не только возможно, но и необходимо для формирования компенсированной ремиссии с возвращением пациентов в здоровое общество, что требует взаимного, системного, прежде всего, личностного, взаимодействия всех участников терапевтического процесса.

Заключение

Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью требуются не только специфические терапевтические изменения с ослаблением проявлений болезни «алкогольная зависимость», но и высокий уровень душевного подъема, обеспечивающий процесс перехода из болезненного способа существования в способ существования личности, свободной от болезни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Максимчук, В. П. Оценка уровня алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь / В. П. Максимчук, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – № 3. – С. 379-388.
2. Иванец, Н. Н. Наркология / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 699 с.
3. Беседина, О. Б. Формирование ремиссий при алкогольной зависимости в условиях пенитенциарных учреждений / О. Б. Беседина, А. А. Корнилов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 49-51.
4. Сквиря, И. М. Новый способ квантифицированной оценки качества ремиссии алкогольной зависимости / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № 4. – С. 98-103.
5. Сквиря, И. М. Клиническая структура ремиссии алкогольной зависимости / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – № 3. – С. 17-24.