

<https://doi.org/10.34883/PI.2023.14.4.003>
УДК 616.89-008.441.13-052-036.66-036.82



Сквира И.М. ✉, Сквира М.И., Абрамов Б.Э.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Показатель качества жизни у лиц с алкогольной зависимостью при формировании терапевтической ремиссии высокого качества

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Сквира И.М. – существенный вклад в замысел и дизайн исследования, критический пересмотр статьи в части значимого интеллектуального содержания; Сквира М.И. – сбор данных, анализ и интерпретация данных, подготовка статьи; Абрамов Б.Э. – сбор данных, критический пересмотр статьи в части значимого интеллектуального содержания. Все авторы прочитали и одобрили финальную версию для публикации.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Подана: 09.08.2023

Принята: 10.10.2023

Контакты: imskvira@mail.ru, psychiatry@gsmu.by

Резюме

Введение. Субъективная картина мира – важнейшее понятие, определяющее показатель качества жизни (ПКЖ). В наркологии ПКЖ адекватно отражает динамику состояния пациентов в процессе терапии и успешность их адаптации в социуме. Считается, что у лиц с алкогольной зависимостью (АЗ) и при длительных ремиссиях ПКЖ не достигает уровня здоровых людей.

Цель. На основе сравнительного изучения ПКЖ у лиц с алкогольной зависимостью и здоровых людей найти клинико-психологические особенности, способствующие становлению терапевтической ремиссии.

Материалы и методы. Проведено комплексное (клиническое, экспериментально-психологическое, статистическое) сравнительное исследование 39 пациентов с АЗ на этапе становления терапевтической ремиссии и 48 практически здоровых лиц в возрасте от 27 до 55 ($40,10 \pm 9,4$) лет. ПКЖ исследовали с помощью известного теста Mezzich J.E. et al. (1999). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты. Установлено, что состояние пациентов с АЗ в ремиссии высокого качества отличалось от состояния здоровых лиц более высокими параметрами компонента ПКЖ «субъективное благополучие» ($p < 0,001$) и значительным физическим и душевным подъемом ($p < 0,001$), связанным с осознанием возможности победы над зависимостью и обретения свободы от наркологической болезни.

Заключение. Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с АЗ требуются не только специфические изменения с ослаблением проявлений болезни, но и более высокий, чем у здоровых лиц, уровень показателя качества жизни с чувством благополучия, душевного подъема, неспецифической адаптационной реакции организма ($p < 0,001$), обеспечивающими энергетическое поддержание процесса выздоровления.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, показатель качества жизни, лечение, неспецифическая адаптационная реакция организма

Skvira I. ✉, Skvira M., Abramov B.
Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

An Indicator of the Quality of Life in People with Alcohol Dependence during the Formation of Therapeutic Remission High Quality

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Skvira I. – significant contribution to the idea and design of the study, critical revision of the article in terms of significant intellectual content; Skvira M. – data collection, data analysis and interpretation, article preparation; Abramov B. – data collection, critical revision of the article in terms of significant intellectual content. All authors have read and approved the final version for publication.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

Submitted: 09.08.2023

Accepted: 10.10.2023

Contacts: imskvira@mail.ru, psychiatry@gsmu.by

Abstract

Introduction. The subjective picture of the world is the most important concepts that determine the quality-of-life indicator (IQL). In narcology, IQL adequately reflects the dynamics of patients' condition during therapy and the success of their adaptation in society. It is believed that in people with alcohol dependence (AD) and with long-term remissions, the IQL does not reach the level of healthy people.

Purpose. Based on a comparative study of IQL in people with alcohol dependence and healthy people, to find clinical and psychological features that contribute to the formation of therapeutic remission.

Materials and methods. A comprehensive (clinical, experimental, psychological, statistical) comparative study was conducted of 39 patients with AZ at the stage of therapeutic remission and 48 practically healthy individuals aged 27 to 55 (40.10 ± 9.4) years. IQL was studied using the well-known Mezzich test J.E. et al. (1999). Statistical processing of the obtained data was carried out using licensed software

Results. It was found that the condition of patients with AD in remission of high quality differed from the condition of healthy individuals by higher parameters of the component of the IQL "subjective well-being" ($p < 0.001$) and significant physical and mental uplift ($p < 0.001$) associated with the awareness of the possibility of victory over addiction and gaining freedom from drug addiction.

Conclusion. For the formation of high-quality and long-term therapeutic remission in individuals with AD, not only specific changes with a weakening of the manifestations of the disease are required, but a higher level of IQL with a sense of well-being, spiritual uplift, and a nonspecific adaptive reaction of the body ($p < 0.001$), providing energy support for the recovery process, than in healthy individuals.

Keywords: alcohol dependence, remission, quality of life indicator, treatment, nonspecific adaptive reaction of the body

■ ВВЕДЕНИЕ

Согласно ВОЗ, общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие [1].

Благополучие как субъективное отражение человеком своего бытия в мире, субъективный образ мира, как базовая категория в социальной работе является сложной системой, включающей субъективные пространственно-временные и ценностно-смысловые координаты, определяющие идентичность личности во времени, пространстве и отношениях [2].

В настоящее время во всем мире закономерно изучению и оценке субъективного образа мира, качества жизни (КЖ) пациентов с психическими и поведенческими расстройствами уделяется большое внимание [3–6].

В наркологии показатель качества жизни (ПКЖ) помогает характеризовать особенности личности пациентов, адекватно отражает динамику улучшения их состояния в процессе терапии и может быть критерием эффективности лечения алкоголизма [6, 7].

Тест ПКЖ может не только объективировать результаты лечения, но и быть прогностическим критерием длительности ремиссий у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ). При этом имеет значение не только уровень ПКЖ после ликвидации синдрома отмены алкоголя, но и скорость его изменения на протяжении терапевтического процесса. С его помощью можно добиться оптимизации лечения, дифференцированно разрабатывать терапевтические программы, индивидуальные психотерапевтические подходы, направленные на формирование стабильных ремиссий. Многие исследователи отмечают, что стабильность ремиссии, ее длительность, отсутствие признаков патологического влечения к алкоголю (ПВА) прямо связаны с улучшением КЖ у ПАЗ [4–7].

В то же время некоторые исследователи высказывают сомнение в значимости ПКЖ, считают, что оценка КЖ лиц с АЗ в ремиссии различна у самих пациентов, их родственников и врача: пациенты отмечают, что после лечения у них КЖ характеризуется физическим, психологическим благополучием, достаточным самообслуживанием и трудоспособностью, в то время как их родственники полагают, что у пациентов имеется только психологическое благополучие, а врач и вовсе считает, что у них нет и этого [8].

Даже при длительных ремиссиях, как утверждают и другие авторы, КЖ лиц с АЗ не достигает уровня здоровых людей потому, что, в отличие от здоровых, как во время обострения заболевания, так и на этапах формирования и стабилизации ремиссии у них отчетливо прослеживается зависимость КЖ от употребления спиртных напитков. Возникновение ремиссии у пациентов с АЗ не является эквивалентом выздоровления, т. е. полного восстановления физического, психического и социального функционирования [9].

Но достаточно ли лицам с АЗ формирования качественной и длительной терапевтической ремиссии, чтобы качество их жизни достигало уровня здоровых людей? Результаты таких исследований мы не встретили.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе сравнительного изучения ПКЖ у лиц с алкогольной зависимостью и здоровых людей найти клиничко-психологические особенности, способствующие становлению терапевтической ремиссии.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». После 3 этапов лечения, согласно принятым в наркологии стандартам, обследовано 39 ПАЗ (средний возраст $40,26 \pm 9,42$ года) в ремиссии высокого качества (РВК) (отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю при успешном функционировании пациента во всех сферах жизнедеятельности) [10]. В эту группу включались пациенты с воздержанием от употребления алкоголя не менее 1 месяца и достигшие при дальнейшем наблюдении как минимум полной ремиссии, согласно МКБ-10 (более 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя). Во вторую, контрольную, группу, состоящую из 48 человек (средний возраст $39,97 \pm 10,22$ года), были включены здоровые лица, прошедшие ежегодный обязательный профилактический осмотр и допущенные к работе как практически здоровые люди. Средний возраст лиц групп сравнения $40,10 \pm 9,42$ года.

Для лиц обеих групп общим критерием включения было информированное согласие на участие в исследовании, возраст от 27 до 55 лет включительно. Пациентам обязательным условием включения в исследование было добровольное обращение за помощью в лечении АЗ и формирование РВК. Для всех участников критериями включения были другие установленные психические и поведенческие расстройства, острые соматические заболевания.

В ходе выполнения научной работы применены анамнестический, клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Качество жизни пациентов исследовали с помощью теста «Показатель качества жизни» [11]. Методика состоит из 10 шкал (номера и названия шкал представлены в табл. 2), каждая из которых оценивается по 10-балльной системе, где 1 балл – «очень плохо», 10 баллов – «прекрасно». Данная методика охватывает 3 основных компонента качества жизни: а) субъективное благополучие (шкалы 1, 2, 10); б) выполнение социальных ролей (шкалы 3, 4, 5, 8); в) внешние условия жизни (шкалы 6, 7, 9). При оценке интегрального ПКЖ суммируются показатели отдельных шкал и выводится среднеарифметическое. При оценке основных компонентов ПКЖ суммируются показатели только тех шкал, которые отражают тот или иной компонент качества жизни.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного программного обеспечения Microsoft Excel. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения (σ). Сравнение данных в 2 независимых группах проводилось с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни, а при нормальном распределении показателей (определение проводилось с использованием критерия χ^2) – параметрического критерия Стьюдента. Для изучения степени связи между показателями применялся коэффициент корреляции Спирмена (r). Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительные данные средних величин шкал ПКЖ в группах представлены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, большинство шкал во II группе по значимости отличались от оценок пациентов в I группе ($p < 0,05$). Особенно заметно ниже были оценки по шкалам 1, 2 и 10, отражающим компонент качества жизни «субъективное благополучие». Так, по шкале 2 оценки были $8,11 \pm 1,63$ балла в I группе и $6,77 \pm 1,52$ балла во II группе ($p = 0,002$). По шкале 1 – $7,74 \pm 1,66$ балла и $6,55 \pm 1,69$ балла ($p = 0,04$). По шкале 10 – $8,37 \pm 1,54$ балла и $7,06 \pm 1,24$ балла ($p = 0,002$). В целом по компоненту ПКЖ «субъективное благополучие» оценки были $24,21 \pm 3,88$ балла против $20,48 \pm 3,96$ балла ($p = 0,001$).

По компонентам «выполнение социальных ролей» и «внешние условия жизни» оценки были соответственно $34,68 \pm 3,51$ и $29,77 \pm 6,2$ балла ($p = 0,01$), $22,31 \pm 3,68$ и $21,57 \pm 4,99$ балла ($p > 0,05$). И хотя по последнему компоненту межгрупповых отличий не было, все же по шкале «духовная реализация» оценки пациентов были выше, чем у здоровых людей ($7,63 \pm 1,42$ против $6,42 \pm 1,91$ балла ($p = 0,01$)).

Корреляционный анализ показал, что в обеих группах все 10 шкал ПКЖ имели положительную корреляцию ($r > 0,40$) с усредненным интегральным показателем качества жизни (ИКЖ) (табл. 2).

Таблица 1
Сравнительные данные ПКЖ в группах сравнения
Table 1
Comparative IQL data in comparison groups

Показатели качества жизни ($M \pm \sigma$)	Группы сравнения		P
	I, n=39	II, n=48	
Физическое благополучие	$7,74 \pm 1,66$	$6,77 \pm 1,52$	0,04
Психологическое благополучие	$8,11 \pm 1,63$	$6,55 \pm 1,69$	0,002
Самообслуживание и независимость действий	$9,05 \pm 1,03$	$8,10 \pm 1,50$	0,002
Трудоспособность	$9,16 \pm 1,34$	$7,13 \pm 1,31$	<0,0001
Межличностное взаимодействие	$8,21 \pm 1,78$	$7,83 \pm 1,26$	0,41
Социально-эмоциональная поддержка	$7,63 \pm 2,01$	$7,63 \pm 1,67$	0,99
Общественная и служебная поддержка	$7,05 \pm 2,39$	$7,52 \pm 1,27$	0,43
Личностная реализация	$8,26 \pm 1,19$	$6,71 \pm 1,84$	0,0002
Духовная реализация	$7,63 \pm 1,42$	$6,42 \pm 1,91$	0,01
Общее восприятие качества жизни	$8,37 \pm 1,54$	$7,06 \pm 1,24$	0,002
Интегральная оценка качества жизни	$81,11 \pm 10,31$	$71,81 \pm 11,79$	0,003
Субъективная оценка КЖ (шкалы 1+2+10)	$24,21 \pm 3,88$	$20,48 \pm 3,96$	0,001

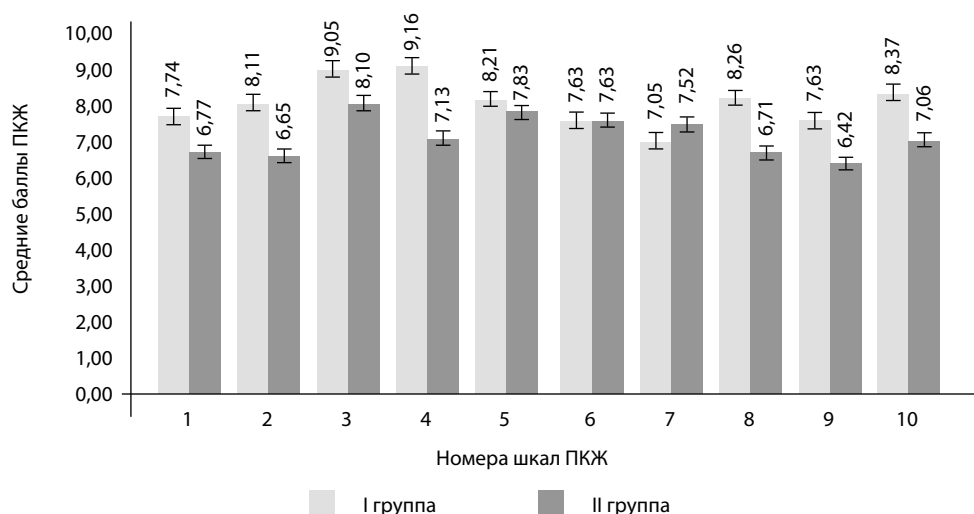
Таблица 2
Сравнительная корреляция шкал с интегральным ПКЖ в группах сравнения
Table 2
Comparative correlation of scales with integral IQL in comparison groups

Шкалы ПКЖ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	0,72	0,59	0,45	0,60	0,78	0,71	0,62	0,48	0,40	0,84
II	0,84	0,83	0,61	0,83	0,77	0,81	0,57	0,90	0,78	0,78
P (I–II)	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05

Однако обращает на себя внимание то факт, что, несмотря на статистически значимо меньшие цифры у здоровых лиц по сумме и большинству шкал ПКЖ (см. рисунок, $p < 0,01$), у них корреляция с ИКЖ почти всех шкал была высокой и по ряду из них («физическое благополучие», «психологическое благополучие», «трудоспособность», «личностная реализация» и «духовная реализация») статистически значимо превышала показатели корреляции пациентов в РВК (табл. 3, $p < 0,05$). У пациентов в РВК корреляция ряда шкал ПКЖ с ИКЖ («физическое благополучие» ($r=0,72$), «межличностное взаимодействие» ($r=0,78$) и особенно «общее восприятие качества жизни» ($r=0,84$)) была высокой (табл. 3), что, по нашему мнению, указывает на их значимую связь с интегральной оценкой качества жизни, а таких шкал, как «психологическое благополучие» ($r=0,59$), «самообслуживание и независимость действий» ($r=0,45$), «личностная реализация» ($r=0,48$) и особенно «духовная реализация» ($r=0,40$), – средней, что говорит о меньшем их влиянии на общую оценку качества жизни.

Сравнительная структура ПКЖ в группах сравнения представлена на рисунке.

При патопсихологическом и лабораторном исследовании также было установлено, что состояние пациентов с АЗ в РВК отличалось от состояния здоровых лиц более высокими показателями психологического функционирования ($p < 0,01$) и высоким уровнем активации неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) ($p < 0,001$). Только 1 (2,56%) из 39 пациентов в РВК отмечал, что после лечения иногда испытывал скуку, а еще 1 (2,56%) в кругу пациентов иногда говорил, что в будущем, возможно, он сможет умеренно употреблять алкоголь. В целом же пациенты с АЗ в РВК отличались самым глубоким (внутренним) уровнем осознания наличия у них болезни «алкоголизм» и высоким уровнем терапевтических установок на лечение, трезвость и социально значимые цели. В психиатрическом интервью с психиатром-наркологом, клиническим психологом, во время групповых занятий в сообществе взаимопомощи анонимных алкоголиков они хорошо описывали много признаков



Структура ПКЖ в группах сравнения
The structure of the IQL in comparison groups

(симптомов) своей болезни (испытываемых ими ранее в период активной болезни, особенно во время синдрома отмены) и ясно объясняли связь появления этих жалоб с наличием наркологической болезни, показывая тем самым глубокое понимание связи своего страдания в период активной зависимости с причиной, вызывавшей эти страдания, – алкоголизмом. При этом пациенты ясно понимали, что трезвость для них не самоцель, а только условие лечения, и испытывали радость оттого, что они стали на путь выздоровления, победы над зависимостью, путь обретения свободы от наркологической болезни.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного нами исследования впервые получены данные, что при лечении ПАЗ стремления добиться ослабления проявлений болезни до уровня состояния здоровых лиц недостаточно для формирования качественной и длительной ремиссии. Как оказалось, ПАЗ в РВК отличались от здоровых лиц статистически и клинически значимо более высокими оценками как интегрального ПКЖ, так и по большинству шкал ($p < 0,01$). Особенно высокие оценки были у пациентов в сравнении со здоровыми лицами по компоненту ПКЖ «субъективное благополучие» («физическое благополучие», «психологическое благополучие» и «общее восприятие качества жизни») ($p = 0,001$). По компоненту «выполнение социальных ролей» оценки пациентов в ремиссии высокого качества, в сравнении со здоровыми, были выше, но уже не настолько, как по первому компоненту ($p = 0,01$). А по компоненту ПКЖ «внешние условия жизни» статистически значимых отличий вообще не было выявлено ($p > 0,05$). Мы считаем, что такая особенность структуры ПКЖ у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии высокого качества означает следующее. Хотя в целом оценка ПКЖ у них и выше, но она не гармонична, как у здоровых (что подтверждается высокой корреляцией у здоровых лиц всех шкал ПКЖ с интегральным ПКЖ). У пациентов оценка выше, чем у здоровых лиц, за счет, прежде всего, компонента «субъективная оценка качества жизни». Высокие показатели по этому компоненту означают, что пациенты на этапе становления ремиссии высокого качества находились в состоянии заметного физического и психологического подъема, высокой внутренней мобилизации, напряжения, объективизированного также другими патопсихологическими методами исследований, самоотчетах пациентов, а также клиническими и лабораторными данными. Это означает, что кроме специфических терапевтических изменений, происшедших с этими пациентами в процессе лечения синдрома зависимости, таких как высокий уровень осознания болезни, высокие терапевтические установки на лечение, трезвость и социально значимые цели вместе с хорошим клиническим состоянием, у этих лиц была неспецифическая адаптационная реакция организма в степени активации, которая и обеспечивала формирование и поддержание ремиссии в самый трудный период – на этапе ее становления. Благодаря такому системному взаимодействию организма и личности этих пациентов, они смогли преодолеть биопсихосоциальные факторы дестабилизации ремиссии, закономерно действующие в это время [12]. Для здоровых лиц спад в душевном состоянии, объективизированный более низкими в сравнении с пациентами в РВК оценками показателя качества жизни, проявляющийся в форме скуки, субклинически сниженного настроения, апатии и т. д., был временным и допустимым явлением, быстро проходившим при их мобилизации реальными жизненными

событиями и не приводившим к каким-либо клиническим и социально-психологическим последствиям. У пациентов с алкогольной зависимостью такое угнетенное, даже очень кратковременное, душевное состояние было недопустимо, ибо легко могло привести к ухудшению качества ремиссии, ее срыву и рецидиву алкогольной зависимости, из-за чего исследователи и отмечают низкую эффективность лечения данного заболевания [13, 14]. Иными словами, здоровые люди могут иногда и расслабиться, поскучать, а потом собраться и снова активно включиться в работу, социальную жизнь. Пациенты же с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии не могут себе такого позволить, они должны находиться в состоянии стабильно высокого душевного подъема длительно, по крайней мере до времени формирования полной ремиссии (полгода абсолютного воздержания от употребления алкоголя). Пациенты в ремиссии высокого качества находились в состоянии высокого душевного подъема, вызванного осознанием своей победы над зависимостью и значимостью для их личности обретенной свободы.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью требуются не только специфические клинико-психологические изменения с высоким уровнем осознания болезни, внутренними терапевтическими установками на лечение, трезвость и социально значимые цели, но и высокий и стабильный по длительности, как минимум до формирования полной ремиссии, показатель качества жизни, состояние душевного подъема с высоким уровнем активации неспецифической адаптационной реакции организма для энергетического обеспечения нового, здорового образа жизни и противодействия социально-психологическим рецидивоопасным факторам.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization; 2011. 286 p.
2. Yanitsky MS., Seriy AV., Balabashchuk RO. Subjective image of the world as an integral indicator of social well-being of an individual Problems of social psychology and social work. Proceedings of XVII All-Russian Parygin Scientific and Practical Conference with International participant. St. Petersburg; 2022. P. 27–28. (in Russian)
3. Maruta NA., Panko TV., Yavdak IA. *Criterion of quality of life in psychiatric practice*. Kharkiv: RIF Arsis, LTD; 2004. 240 p. (in Russian)
4. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome. *J. Pol. Psychiatr.* 2001;35(6):1057–1070.
5. Foster JH. Application of a quality-of-life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission. *J. Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1998;24(11):1687–1692.
6. Minko AI., Linsky IV., Baranenko AV. Analysis of the quality-of-life indicator in people dependent on alcohol. *Ukrainian Medical Almanac.* 2004;7(4):83–85. (in Russian)
7. Boyko EO. Quality of life and social functioning as criteria for the effectiveness of therapy. *Issues of narcology.* 2008;5:58–65. (in Russian)
8. Sharanevich IO. *Dynamics of quality of life in people with alcohol dependence as an assessment of the effectiveness of treatment*. Dovzhenkov readings: the problem of relapse in modern narcology. Kharkiv; 2009. P. 200–203. (in Russian)
9. Nikiforov LI. The problem of quality of life in patients with alcoholism and improvement of screening psychometric tools. *Narcology.* 2005;7:53–63. (in Russian)
10. *Narcology. National Guide*. N.N. Ivanets, M.A. Vinnikova, eds. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 697 p. (in Russian)
11. Mezzich JE., Cohen N., Lin J. *Validation an efficient quality life index*. Abstracts 11 World Congress psychiatry "Psychiatry on new Thresholds". Hamburg; 1999. P. 427–428.
12. Skvira I.M. Clinical structure of remission of alcohol dependence. *Problems of health and ecology.* 2019;61(3):17–24. (in Russian)
13. Klimenko T.V., Kozlov. Efficiency, effectiveness, quality and safety of narcological care in the subjects of the Russian Federation (based on the results of field events in the subjects of the Russian Federation in 2021). *Issues of narcology.* 2022;209(2–3):5–24. doi: 10.47877/0234-0623_2022_2-3_5. (in Russian)
14. Tukaev R.D. Evidence-based studies of the effectiveness of psychotherapy: trends and results. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* 2022;13(3):202–206. doi: 10.34883/Pl.2022.13.3.008. (in Russian)