



Сквира М.И., Сквира И.М., Абрамов Б.Э.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Клинико-психологические особенности тревоги у лиц с алкогольной зависимостью, способствующие формированию терапевтической ремиссии высокого качества

Конфликт интересов: не заявлен.

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

Источники финансирования: исследование проведено без спонсорской поддержки.

Подана: 11.08.2025

Принята: 12.12.2025

Контакты: imskvira@mail.ru

Резюме

Введение. По данным литературных источников, у пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) отказ от алкоголя в период лечения вызывает стресс и тревогу, что может стать причиной возникновения тревожных расстройств с дестабилизацией формирующейся ремиссии и рецидивом заболевания.

Цель. Выявить специфические особенности тревоги, характерные для пациентов с АЗ в ремиссии высокого качества (РВК).

Материалы и методы. Проведено комплексное сравнительное исследование 32 пациентов с АЗ на этапе установившейся терапевтической РВК и 48 практически здоровых лиц в возрасте от 27 до 55 ($40,28 \pm 9,4$) лет. Структура тревоги в группах сравнения изучалась с помощью теста «Интегративный тест тревожности» (Бизюк А.П. и др., 1999). Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионного программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты. Выявлено, что у пациентов с АЗ в установившейся РВК уровень тревоги достиг показателей здоровых лиц (низкая ситуативная тревога и умеренная личностная тревожность) ($p > 0,05$). У здоровых лиц все биопсихосоциальные факторы (социально-психологические и индивидуальные) имели значимую корреляцию с интегральной ситуативной тревогой ($R > 0,40$, $p < 0,05$). У лиц с АЗ в РВК значимую корреляцию с интегральной тревогой имели только факторы, непосредственно участвующие в обеспечении динамической адаптации в социуме ($R > 0,40$, $p < 0,05$).

Закключение. Формирование установившейся терапевтической ремиссии высокого качества у лиц с алкогольной зависимостью обеспечивалось стабильной направленностью их личности на социально значимые цели, сформированные в процессе лечения и вызывающие напряжение организма, необходимое для стабилизации ремиссии и целенаправленного движения на пути выздоровления и ресоциализации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, тревога, тревожность, лечение, реабилитация, адаптация

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

Clinical and Psychological Features of Anxiety in Individuals with Alcohol Dependence, Contributing to the Formation of High-Quality Therapeutic Remission

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Skvira M. – data collection, data analysis and interpretation, article preparation, critical revision of the article for significant intellectual content; Skvira I. – significant contribution to the concept and design of the study, critical revision of the article for significant intellectual content; Abramov B. – critical revision of the article for significant intellectual content.

Funding: the study was conducted without sponsorship.

Submitted: 11.08.2025

Accepted: 12.12.2025

Contacts: imskvira@mail.ru

Abstract

Introduction. According to literature, patients with alcohol dependence (AD) experience stress and anxiety when they give up alcohol during treatment, which can lead to anxiety disorders with destabilization of the developing remission and relapse of the disease.

Purpose. To identify specific features of anxiety characteristic of patients with AD in high-quality remission (HQR).

Materials and methods. A comprehensive comparative study of 32 patients with AD at the stage of established therapeutic HQR and 48 practically healthy individuals aged 27 to 55 (40.28 ± 9.4) years was conducted. The structure of anxiety in the comparison groups was studied using the Integrative Anxiety Test (Bizuk A.P. et al., 1999). Statistical data processing was performed using licensed Microsoft Excel software.

Results. It was found that in patients with AD in the established HQR, the anxiety level reached the indicators of healthy individuals (low situational anxiety and moderate personal anxiety) ($p > 0.05$). In healthy individuals, all biopsychosocial factors (social-psychological and individual) had a significant correlation with the integral situational anxiety ($R > 0.40$, $p < 0.05$). In individuals with AD in the HQR, only the factors directly involved in ensuring dynamic adaptation in society had a significant correlation with the integral anxiety ($R > 0.40$, $p < 0.05$).

Conclusion. The formation of established high-quality therapeutic remission in individuals with alcohol dependence was ensured by a stable focus of their personality on socially significant goals formed during the treatment process and causing tension in the body necessary for stabilizing remission and purposeful movement on the path to recovery and resocialization.

Keywords: alcohol dependence, remission, anxiety, anxiety, treatment, rehabilitation, adaptation

■ ВВЕДЕНИЕ

Алкогольная зависимость (АЗ) является одной из самых социально значимых проблем для нашего государства, в связи с чем считается крайне важным найти способы объективной оценки эффективности ее лечения и качества ремиссии [1].

Период противоалкогольного лечения является и начальным периодом ремиссии, во время которого вследствие удаления алкоголя из жизненной сферы пациента создаются субъективные и объективные предпосылки для возникновения состояния стресса, ведущего к повышению уровня тревоги [1, 2].

Выявлены и описаны различные клинические варианты тревожных расстройств в ремиссии АЗ: тревожно-астенический, тревожно-депрессивный, тревожно-фобический, тревожно-ипохондрический, тревожный с суицидальными тенденциями, тревожно-дисфорический синдромы [3].

Пролонгированное изучение состояния пациентов с АЗ в процессе лечения и реабилитации показало, что на всех этапах формирования ремиссии тревога является значимым фактором дестабилизации ремиссии АЗ. Тревога лежит в основе многих так называемых рецидивоопасных клинических ситуаций (РОКС), таких как острая реакция на стресс, расстройства адаптации с тревожными, тревожно-депрессивными реакциями, с нарушением эмоций и поведения и другими неспецифическими и специфическими РОКС (истинными запоями, псевдоабстинентным синдромом), коррелирующими с патологическим влечением к алкоголю (ПВА), срывом и рецидивом алкоголизации [4].

Выраженная (патологическая) тревога, неадекватная значимости ситуации, всегда приводит к нарушению деятельности, аффективным расстройствам, деперсонализации и расстройствам сознания, снижает эффективность реабилитации при алкоголизме и у подавляющего большинства пациентов является пусковым фактором срывов и рецидивов алкоголизации с компульсивными формами влечения [2–8].

Однако, как установлено в исследованиях ряда авторов, тревога при АЗ носит чаще всего не выраженный, а субклинический характер, при этом субсиндромальную тревогу врачи не рассматривают как патологию, не диагностируют и не лечат [3].

Измерение уровня тревоги у лиц с АЗ может способствовать диагностике РОКС ремиссионного периода. Однако тревога как на клиническом уровне, так и при ее изучении с помощью традиционных экспериментально-психологических тестов представляет собой конечный результат интеграции адаптационных возмущений биопсихосоциальной системы человека без указаний на причины, к ней приводящие [9].

Для врачебной практики было бы важно выявление причин тревоги, что помогло бы дифференцированному подходу к диагностике и терапии РОКС.

Ранее нами было установлено, что в РВК ситуативная тревога нормализовывалась до умеренного уровня выраженности уже на этапе становления ремиссии (воздержание от употребления алкоголя от 1 до 6 месяцев), а личностная тревожность нормализовывалась до умеренного уровня выраженности только на этапе установившейся ремиссии (воздержание от употребления алкоголя более 1 года). При возникновении в ремиссии РОКС (ПВА, астенические, аффективные и другие расстройства), независимо от длительности воздержания от употребления алкоголя, средняя выраженность интегративной ситуативной тревоги статистически значимо увеличивалась до высокого уровня ($p < 0,005$) [4].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить специфические особенности тревоги, характерные для пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии высокого качества.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». После 3 этапов лечения, согласно принятым в наркологии стандартам, обследовано 32 пациента с АЗ (средний возраст $40,75 \pm 8,34$ года в РВК (шифр по МКБ-10 F 10.202), пациенты с отсутствием обострений ПВА при успешном функционировании пациента во всех сферах жизнедеятельности) [10]. В эту группу включались пациенты, находившиеся на этапе установившейся ремиссии (с воздержанием от употребления алкоголя не менее 1 года) (по определению Ерышева О.Ф., Рыбаковой Т.Г., Шабанова П.Д., 2002) [2]. Во вторую, контрольную, группу, состоящую из 48 человек (средний возраст $40,10 \pm 9,42$ года) были включены здоровые лица, прошедшие ежегодный обязательный профилактический осмотр и допущенные к работе как практически здоровые люди.

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 исключения были другие установленные психические и поведенческие расстройства, острые соматические заболевания.

В ходе выполнения научной работы применены анамнестический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы (HADS [4], Спилберга – Ханина [11], показатель качества жизни [12]).

Согласно цели настоящего исследования нами была изучена структура тревоги и тревожности в группах сравнения с помощью теста «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), который является экспресс-диагностическим медико-психологическим инструментом для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики, он валидизирован, доступен к применению в амбулаторных условиях. Кроме этого, существенным элементом новизны теста является его многомерность (интегративность), которая реализуется не только показателем общей (интегративной) тревожности, но и путем выделения 5 дополнительных компонентов (субшкал), раскрывающих содержательных характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенический компонент тревоги, фобический компонент, тревожная оценка перспектив и социальная защита. Уровень тревоги (тревожности) определяется как высокий при более 6 баллов, умеренный от 4 до 6 баллов и низкий при менее 4 баллов [13].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного программного обеспечения Microsoft Excel. Вычислялись средние значения (М), 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

Результаты исследования структуры тревоги по ИТТ в группах сравнения представлены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, в РВК (группа I) средняя выраженность ситуативной интегральной тревоги составляла $3,11 \pm 1,50$ балла, у здоровых лиц — $4,14 \pm 2,24$ балла ($p < 0,05$), а личностная интегральная тревожность соответственно $5,44 \pm 1,92$ и $5,57 \pm 2,36$ балла ($p > 0,05$). По отдельным компонентам теста ИТТ, как ситуативным, так и личностным, статистически значимых отличий между группами сравнения также не было выявлено ($p > 0,05$).

Нами проведен корреляционный анализ между компонентами тревоги по ИТТ у пациентов обеих групп. В РВК положительная линейная зависимость ($R > 0,40$) (в порядке убывания) наблюдалась между интегральным показателем ситуативной тревоги по тесту ИТТ и компонентами «тревожная оценка перспектив» ($R=0,69$; $p < 0,05$), «социальные реакции защиты» ($R=0,59$; $p < 0,05$), «эмоциональный дискомфорт» ($R=0,47$; $p < 0,05$). Не обнаружено в РВК корреляции суммарного показателя ИТТ со шкалами «фобический компонент» ($R=0,22$; $p > 0,05$) и «астенический компонент» ($R=0,21$; $p > 0,05$) (табл. 2).

А в контрольной группе здоровых лиц все 5 шкал ситуативной интегральной тревоги по ИТТ имели положительную корреляцию ($R > 0,40$) с усредненным интегральным показателем ИТТ ($R < 0,40$) (в порядке убывания): «астенический компонент» ($R=0,80$; $p < 0,05$), «социальные реакции защиты» ($R=0,69$; $p < 0,05$), «эмоциональный дискомфорт» ($R=0,68$; $p < 0,05$), «тревожная оценка перспектив» ($R=0,49$; $p < 0,05$), «фобический компонент» ($R=0,41$; $p < 0,05$).

Таблица 1
Сравнительные данные структуры тревоги по ИТТ в группах сравнения
Table 1

Comparative data on the structure of anxiety according to the ISA in comparison groups

Показатели	Группа I (n=32)	Группа II (n=48)	P (I–II)
Ситуативная тревога	M±σ	M±σ	
Интегральная тревога	$3,11 \pm 1,37$	$4,14 \pm 2,24$	$> 0,05$
Эмоциональный дискомфорт	$2,05 \pm 1,46$	$2,31 \pm 2,64$	$> 0,05$
Астенический компонент	$4,47 \pm 1,73$	$5,38 \pm 3,01$	$> 0,05$
Фобический компонент	$2,68 \pm 1,50$	$3,05 \pm 2,46$	$> 0,05$
Тревожная оценка перспектив	$5,11 \pm 1,95$	$3,76 \pm 2,52$	$> 0,05$
Социальные реакции защиты	$4,32 \pm 2,15$	$4,29 \pm 2,42$	$> 0,05$
Личностная тревожность	M±σ	M±σ	–
Интегральная тревожность	$5,44 \pm 1,92$	$5,57 \pm 2,36$	$> 0,05$
Эмоциональный дискомфорт	$5,74 \pm 1,58$	$6,14 \pm 2,01$	$> 0,05$
Астенический компонент	$5,04 \pm 2,14$	$5,81 \pm 2,62$	$> 0,05$
Фобический компонент	$4,7 \pm 2,35$	$4,62 \pm 2,99$	$> 0,05$
Тревожная оценка перспектив	$5,93 \pm 2,16$	$4,86 \pm 2,13$	$> 0,05$
Социальные реакции защиты	$5,11 \pm 2,1$	$4,57 \pm 2,72$	$> 0,05$

Таблица 2
Корреляция шкал ситуативной тревоги с интегральным ИТТ в группах
Table 2
Correlation of situational anxiety scales with the integral ISA in comparison groups

Показатели	1*	2	3	4	5
Группа I	0,47	0,21	0,22	0,69	0,59
Группа II	0,68	0,80	0,49	0,69	0,41
P (I-II)	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05

Примечания: * под номерами шкалы ИТТ: 1 – «эмоциональный дискомфорт»; 2 – «астенический компонент»; 3 – «фобический компонент»; 4 – «тревожная оценка перспектив»; 5 – «социальные реакции защиты».

По личностной тревожности в обеих группах сравнения большинство шкал ИТТ имели высокую степень корреляции с интегральной тревожностью (табл. 3, $p>0,05$). А вот шкала «тревожная оценка перспектив» у здоровых и шкала «социальные реакции защиты» в группе I не коррелировали с ИТ ($R<0,40$) и имели статистически значимое межгрупповое отличие (табл. 3, $p<0,05$).

При этом обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на отсутствие статистически значимых отличий между группами сравнения по выраженности интегрального показателя и отдельных компонентов ИТТ (табл. 1, $p>0,05$), в контрольной группе здоровых лиц по ситуативной тревоге имелась значимая корреляция всех компонентов ИТТ с интегральной тревогой, причем по 3 из них статистически значимо превышала показатели корреляции пациентов в РВК (табл. 1, $p<0,05$). У пациентов в РВК корреляция 3 шкал – «эмоциональный дискомфорт» ($R=0,47$), «тревожная оценка перспектив» ($R=0,69$) и «социальные реакции защиты» ($R=0,59$) – с интегральным показателем ИТТ была умеренно выраженной ($p<0,05$), что, по нашему мнению, указывало на значимую связь этих компонентов с ситуативной интегральной тревогой, а корреляция таких шкал, как «астенический компонент» ($R=0,21$) и «фобический компонент» ($R=0,22$), с интегральной тревогой была незначительной ($p>0,05$), что говорит о практическом отсутствии их влияния на интегральный уровень ситуативной тревоги.

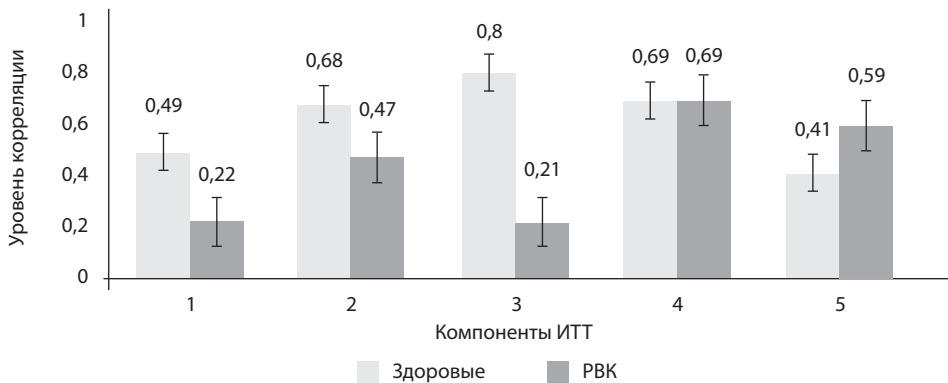
Сравнительная структура корреляции ситуативной тревоги по ИТТ в группах представлена на рисунке.

Как видно на рисунке, у здоровых лиц, в отличие от пациентов с АЗ в РВК, все факторы ИТТ имели значимую корреляцию при нормальном ее распределении с пиком значимости на компоненте «астенический компонент» ($R=0,80$).

Таблица 3
Корреляция шкал личностной тревожности с интегральным ИТТ в группах
Table 3
Correlation of personal anxiety scales with integral ISA in comparison groups

Показатели	1*	2	3	4	5
Группа I	0,80	0,59	0,89	0,80	0,25
Группа II	0,83	0,69	0,74	0,38	0,68
P (I-II)	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Примечания: * под номерами шкалы ИТТ: 1 – «эмоциональный дискомфорт»; 2 – «астенический компонент»; 3 – «фобический компонент»; 4 – «тревожная оценка перспектив»; 5 – «социальные реакции защиты».



Структура корреляции ситуативной тревоги по ИТТ в группах сравнения

Примечания: 1 – «фобический компонент»; 2 – «эмоциональный дискомфорт»; 3 – «астенический компонент»; 4 – «тревожная оценка перспектив»; 5 – «социальные реакции защиты».

The structure of the correlation of situational anxiety according to ISA in comparison groups

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на количественную идентичность показателей тревоги в группах сравнения ($p > 0,05$), данные по корреляции компонентов ситуативной тревоги обследованных пациентов с АЗ в РВК, как мы считаем, не идентичны показателям здоровых лиц (табл. 2 и 3, $p < 0,05$). Если у здоровых лиц интегративный показатель тревоги зависел от всех компонентов, а вклад отдельных компонентов был гармоничным и имел вид нормального распределения с вершиной на показателе «астенический компонент» ($R=0,80$), то у лиц с АЗ в ремиссии высокого качества была выявлена иная картина (см. рисунок). В наибольшей степени ИТ у лиц с АЗ в РВК зависела от оценки перспектив жизни ($R=0,69$), социальной поддержки ($R=0,59$), в меньшей мере от обусловленного биологически эмоционального состояния ($R=0,49$) и совсем мало – от факторов, связанных с возможным переутомлением («астенический компонент», $R=0,21$) и преморбидно имеющимися (преимущественно биологически обусловленными) страхами и опасениями («фобический компонент», $R=0,22$). Подобная структура интегративной тревоги у пациентов в РВК показывает, что у них имелось адекватное беспокойство, обусловленное прежде всего социальными факторами. Биологические и психологические компоненты интегративной тревоги у пациентов с РВК как бы отставлены на второй план и соподчинены социальным. При этом низкие количественные показатели (менее 4 баллов) интегративной ситуативной тревоги и ряда отдельных компонентов как у здоровых, так и у лиц с РВК (табл. 1), на наш взгляд, означает, что ситуативная тревога, в отличие от личностной, где она в обеих группах носит умеренно выраженный характер (от 4 до 6 баллов), находит свою реализацию как механизм НАРО в продуктивной социальной деятельности личности. Иными словами, обнаруживаемая тестами низкая тревога (общая и по отдельным компонентам) в данном случае (в норме как у здоровых, так и активно выздоравливающих лиц с АЗ) означает, что тревога выполнила свою функцию фактически единственного

универсального биологического механизма адаптации (НАРО). Только отличие, выявленное по уровню корреляции, показывает, что у здоровых обеспечение динамической адаптации в социуме (что и является интегральным критерием психического здоровья) обуславливается подсознательным, практически постоянно включенным, биопсихосоциальным механизмом НАРО во всех направлениях бытия, а у пациентов диапазон тревоги регулируется включенными механизмами выздоровления, когда приоритет одних составляющих (успешное социальное функционирование, реабилитация и рост личности) доминировал над другими (клинико-биологическими компонентами), причем с использованием энергии этих уровней для максимального функционирования в социуме. Это положение подтверждалось и углубленным изучением личности пациентов в РВК различными методами, используемыми в наших исследованиях. На наш взгляд, это означает, что в процессе лечения и реабилитации были реализованы терапевтические установки на социально значимые цели, которые и обеспечивали движение на пути интеграции пациентов с АЗ в здоровое общество, что и является стратегической целью лечения алкоголизма. В то же время несмотря на то, что основное влияние на уровень интегративной тревоги пациентов в РВК оказывали социальные факторы, отсутствие корреляции суммарного показателя личностной интегративной тревожности с компонентом «социальные реакции защиты» (табл. 3, $R=0,24$) свидетельствовало о том, что сами пациенты недооценивали значение социальных сетей и социальной поддержки. В итоге, что подтверждает клиническая практика, готовность получения социальной поддержки у большинства пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии снижена и при возникновении рецидивоопасных клинических состояний они оказываются наедине со своей проблемой, что повышает риск срыва и рецидива алкогольной зависимости.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с АЗ в установившейся РВК уровень тревоги достиг показателей здоровых лиц (низкая ситуативная тревога и умеренная личностная тревожность) ($p>0,05$). Однако это не означало, что по этим показателям пациенты с АЗ достигли полных критериев психического здоровья. У здоровых лиц все биопсихосоциальные факторы (социально-психологические и индивидуальные) имели значимую корреляцию с интегральной ситуативной тревогой ($R>0,40$, $p<0,05$). У лиц с АЗ в РВК значимую корреляцию с интегральной тревогой имели только факторы, непосредственно участвующие в обеспечении динамической адаптации в социуме ($R>0,40$, $p<0,05$). Успешное функционирование в социуме лиц с АЗ обеспечивалось за счет перераспределения энергии биопсихосоциальной системы человека с более низких уровней (биологического и психологического) до более высокого уровня функционирования (социального). Высокие показатели по этому компоненту означают, что пациенты при формировании ремиссии высокого качества находились в состоянии 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.

■ ВЫВОДЫ

Становление качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью обеспечивалось не только высокими внутренними терапевтическими установками на лечение, трезвость и социально-значимые цели, но и неспецифическими факторами адаптации, в частности постоянной готовностью их реагирования умеренным уровнем тревожности, как черты характера, и их реагирования в конкретных обстоятельствах ситуативной тревогой прежде всего на социально-значимые факторы дестабилизации ремиссии, победа над которыми и обеспечивала успешность выздоровления, реабилитации и личностного роста пациентов с возвращением в здоровое общество.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Maksimchuk VP, Kopytov AV. Assessment of the level of alcoholization of the population in various regions of the Republic of Belarus. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;10(3):379–388. (in Russian)
2. Yeryshev OF, Rybakova TG, Shabanov PD. *Alcohol dependence: formation, course, anti-relapse therapy*. St. Petersburg, RF: ELBI-SPb; 2002. 192 p. (in Russian)
3. Sosin IK, Goncharova EYU, Chuev YUF. *Alcohol anxiety*. Kharkov: Collegium; 2008. 752 p. (in Russian)
4. Skvira IM. *Remissions and relapses of alcohol dependence (biopsychosocial aspects)*. GomSMU. Minsk: Kolograd; 2024. 447 p. (in Russian)
5. Postnov VV. Fear and anxiety in the structure of adaptation disorders in patients with alcoholism in remission. In: Proc. V All-Russian Conf. "Psychology and Psychotherapy: Anxiety and Fear: Unity and Diversity of Views". SPb; 2003. P. 106–108. (in Russian)
6. Spirina ID, Lagutin VA, Serebrikskaya VA, Lagutina EI. Severity of anxiety-depressive experiences as a criterion for the quality of remission in male patients with alcoholism. *Archives of Psychiatry*. 2003;9(32):99–101. (in Ukrainian)
7. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependence patients. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37:609–612.
8. Jenkins OE, Tonigan J. Attachment avoidance and anxiety as predictors of 2-Step Group Engagement. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2011;72:854–863.
9. Skvira IM. Anxiety in patients with alcohol dependence in the process of forming remission and in relapse-dangerous clinical situations. *Bulletin of psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2007;2(12):94–97. (in Ukrainian)
10. Ivanets NN, Vinnikova MA. *Narcology*. Moscow, Russia: GEOTAR-Media; 2020. 699 p. (in Russian)
11. Hanin YL, Spilberger CD. *The development and validation of the Russian form of the Start-Trade-Anxiety Inventory*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation. 1989. P. 15–26.
12. Mezzich JE., Cohen N., Lin J. Validization an efficient quality life index. In: Abstracts 11 World Congress psychiatry "Psychiatry on new Thresholds". Hamburg; 1999. P. 427–428.
13. Bizyuk AP, Wasserman LI, Iovlev BV. *Application of an integrative anxiety test. Guidelines*. St. Petersburg; 1997. 23 p. (in Russian)