

УДК 616.89-008.441.13

## АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ — БОЛЕЗНЬ НЕ ТОЛЬКО ТЕЛА И ДУШИ, НО И БОЛЕЗНЬ ЛИЧНОСТИ

Сквира И. М.<sup>1</sup>, Абрамов Б. Э.<sup>1</sup>, Сквира М. И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
<sup>2</sup>«Центр психотерапии»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Лечение алкогольной зависимости (АЗ) представляется одной из важнейших проблем современной медицины из-за высокой распространенности и низкой эффективностью лечения с ранним рецидивом. Считается, что становление ремиссии при АЗ является чрезвычайно сложной задачей, прежде всего из-за того, что переход к трезвому образу жизни требует перестройки ранее, сложившихся, динамических стереотипов, особенно в сфере социально-поддерживающих сетей («семья», «друзья», «значимые другие»). Да и сами пациенты с алкогольной зависимостью в ремиссии не отличаются высоким уровнем копинг-стратегии «социальная поддержка» и готовностью ее восприятия [1–5].

Но, возможно, дело здесь не только в неразвитости данной копинг-стратегии, а в более глубокой характеристике личности пациентов. «Личностью в психологии называют стойкое сочетание социальных качеств индивида, характеризующее неповторимый склад его индивидуальных свойств, представленных в предметной деятельности и общественных отношениях» [4, с. 293]. Наша гипотеза — отношение пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) к социуму является доказательством болезни «алкогольная зависимость» на уровне личности.

### **Цель**

На основе изучения отношения пациентов к ближайшему социуму усовершенствовать понимание сути данной болезни и разработать новые подходы к ее лечению.

### **Материал и методы исследования**

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» на этапе становления ремиссии (1–6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) обследовано 117 пациентов в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст  $39,2 \pm 7,2$ ) с АЗ (шифр F 10.200–202). В исследование не включались лица, злоупотребляющие алкоголем без синдрома зависимости, больные с другими психическими и поведенческими расстройствами. Все пациенты были разделены на три, репрезентативные по возрасту, полу, семейному положению и другим социально-демографическим параметрам, группы сравнения [1]. I группа ПАЗ состояла из 42 человек в состоянии ремиссии высокого качества (РВК), без рецидивоопасных клинических состояний (РОКС). II группа из 38 пациентов находилась в состоянии ремиссии низкого качества (РНК) с РОКС (обратившиеся для противорецидивного лечения). Пациенты первых двух групп достигли полной ремиссии (более 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя, шифр по МКБ-10 F 10.202) [10]. В III группу ( $n = 37$ ) были включены лица с рецидивом АЗ на этапе становления ремиссии.

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения состояния пациентов в ремиссии был использован разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций», по которому изучали РОКС в сфере социально-поддерживающих сетей (микросоциальные РОКС) [4]. Статистиче-

ская обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений  $M$ , стандартного отклонения  $\sigma$ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия  $\chi^2$ ) 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 таблицей 1.

Таблица 1 — Частота микросоциальных рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов трех групп на этапе становления терапевтической ремиссии

РОКС в сфере отношений со значимыми близкими людьми	I группа, n = 42		II группа, n = 38		III группа, n = 37	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Не было поддержки в семье	9	21,43*	14	36,84	13	35,14***
2. Были ссоры в семье	23	54,76*	30	78,95**	17	45,95
3. Употребление спиртного в семье	22	52,38*	27	71,05**	15	40,54
4. Возмущение пациентов употреблением спиртного в семье	17	40,48	18	47,37**	5	13,51***
5. Не было поддержки друзей	9	21,43*	14	36,84	13	35,14***
6. Не было поддержки «значимых других»	42	100,0*	18	47,37**	10	27,03***

*Примечание.* Статистические отличия ( $p < 0,05$ ) групп: \* — I-II; \*\* — II-III; \*\*\* — I-III

Суммарная выраженность в балах микросоциальных РОКС у пациентов основных групп сравнения на этапе становления ремиссии (таблица 2).

Таблица 2 — Выраженность микросоциальных рецидивоопасных ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии

РОКС в сфере отношений со значимыми близкими людьми	I группа, n = 42	II группа, n = 38	III группа, n = 37
	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$
1. Не было поддержки в семье	$0,43 \pm 0,73^*$	$0,89 \pm 1,24$	$0,71 \pm 1,21$
2. Были ссоры в семье	$0,70 \pm 0,88$	$1,11 \pm 0,94$	$0,65 \pm 0,93$
3. Употребление спиртного в семье	$0,52 \pm 0,51$	$0,84 \pm 0,76$	$0,59 \pm 0,71$
4. Возмущение пациентов употреблением спиртного в семье	$0,52 \pm 0,84$	$0,47 \pm 0,77^{**}$	$0,18 \pm 0,39^{***}$
5. Не было поддержки друзей	$1,87 \pm 0,76^*$	$1,0 \pm 1,2$	$1,12 \pm 1,4^{***}$
6. Не было поддержки «значимых других»	$0,30 \pm 0,63$	$0,37 \pm 0,96^{**}$	$0,88 \pm 1,16^{***}$
Сумма микросоциальных РОКС	$4,34 \pm 2,08$	$4,68 \pm 3,57$	$4,13 \pm 3,35$

*Примечание.* Статистические отличия ( $p < 0,05$ ) групп: \* — I-II; \*\* — II-III; \*\*\* — I-III

При взгляде на обе таблицы обращает на себя внимание тот факт, что в I группе пациентов возмущение пациентов употреблением спиртного в семье адекватно причине, вызвавшей это возмущение, — фактору «употреблению спиртного в семье» ( $0,52 \pm 0,51$  против  $0,52 \pm 0,84$  баллов,  $p = 0,67$ ). В III группе пациентов РОКС «возмущение пациентов употреблением спиртного в семье» меньше РОКС «употребление спиртного в семье» ( $0,18 \pm 0,39$  против  $0,59 \pm 0,71$  баллов,  $p = 0,017$ ).

С помощью градуированного анализа было установлено, что для пациентов III группы, в отличие от I, была характерна недооценка степени опасности РОКС «употребление спиртного в семье». Так, из 15 пациентов III группы, констатировавших, что в их семьях употребляли спиртное, только 3 (20 %) человека реагировали на это адекватно, а 12 (80 %) человек реагировали с недооценкой. В то же время из 22 пациентов I группы, констатировавших употребление спиртного в их семьях, адекватная реакция наблюдалась у 17 (77,27 %), а недооценка наблюдалась только у 5 (22,73 %) человек ( $p < 0,001$ ).

Расчет шансов показывает, что для пациентов с АЗ, которые на этапе становления ремиссии недооценивают опасность употребления спиртного в семье ( $n = 27$ ) риск рецидива АЗ 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 АЗ, которые на этапе становления ремиссии всегда удовлетворены поддержкой друзей ( $n = 46$ ) риск рецидива алкоголизации в 8,67 (3,56–21,10) раз выше, в сравнении с пациентами ( $n=71$ ), выказывающими неудовлетворенность поддержкой друзей ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, для всех пациентов с алкогольной зависимостью в первые шесть месяцев воздержания от употребления алкоголя наибольшее рецидивоопасное значение, причем со статистически значимым ростом ( $p < 0,05$ ) по качеству ремиссии, представляют ссоры, конфликты в семье, употребление спиртного в семье и реакция пациентов на это. Но, в тоже время, жалобы на ссоры в семье, употребление спиртного в семье и нетерпимость к этому значительно больше выказывают пациенты первых двух групп (пациенты, достигшие полной ремиссии), чем пациенты третьей группы (пациенты с рецидивом алкоголизации до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) ( $p < 0,05$ ).

В результате исследования установлено, что для лиц с алкогольной зависимостью, успешно преодолевающим трудности первых шести месяцев воздержания от употребления алкоголя и достигающих полной ремиссии характерна адекватная значимости рецидивоопасных клинических ситуаций реакция. Мы считаем, что у этих пациентов были реализованы цели первых трех этапов противоалкогольной терапии, купировано патологическое влечение к алкоголю, успешно проведено лечение психической зависимости и начато формирование качественной ремиссии.

Для пациентов с рецидивом алкогольной зависимости до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя было характерно парадоксальное отношение к рецидивоопасным микросоциальным ситуациям, 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»). Следовательно, полная удовлетворенность поддержкой друзей на этапе становления ремиссии свидетельствует о сохранности в ядре личности воздерживающихся от употребления алкоголя пациентов признаков алкогольной зависимости, прежде всего, характеризующих синдром «высокого приоритета употребления алкоголя по сравнению с другими видами деятельности» [10]. Иными словами, у этих пациентов формирование ремиссии, несмотря на их воздержание от употребления алкоголя, не происходило, болезнь «алкогольная зависимость» у них сохранялась на уровне личности, что и подтверждалось последующим вскоре возобновлением алкоголизации.

Выявление хотя бы одной формы неадекватного отношения (недооценка факта употребления спиртного в семье, полная удовлетворенность поддержкой друзей и неудовлетворенность поддержкой родственников) к микросоциуму с высокой степенью вероятности (чувствительность 79,1 %, специфичность 92,2 %) свидетельствует о зависимом состоянии личности пациентов в период воздержания от употребления алкоголя и об угрозе рецидива алкогольной зависимости.

## **Выводы**

Отношение пациентов с алкогольной зависимостью к сфере социально-поддерживающих сетей (семье, друзьям, значимым другим) является статистически и клинически значимым индикатором внутреннего состояния самих пациентов в период ремиссии ( $p < 0,05$ ). 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 на уровне личности (зависимое состояние личности).

Алкогольная зависимость является болезнью не только тела и души, но и болезнью личности, что подтверждает необходимость соблюдения традиционного принципа отечественной медицины — «лечить не болезнь, а больного человека», то есть, прежде всего, личность больного человека.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — М.: Медицинское информационное агентство, 2016. — 856 с.
2. Клінічна наркологія: підручник безперервного професійного розвитку (за ред. проф. В. Г. Марченко, ХМАПО) / І. К. Сосін [та інш.]. — Харків: Колегіум, 2020. — 1080 с.
3. *Sussman, S.* Substance and behavioral addictions: concepts, causes, and cures / S. Sussman. — Cambridge: Cambridge University Press, 2017. — xiii, 404 p.
4. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с.
5. *Сквира, И. М.* Отношение к микросоциальным рецидивоопасным ситуациям как индикатор качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквира // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2014. — № 1 (25). — С. 20–25.

**УДК 616.832-004.2-036.4**

## **ДЕБЮТНАЯ СИМПТОМАТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Смирнов В. С., Галиновская Н. В., Гурченко Я. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Рассеянный склероз (РС) — медленно прогрессирующее хроническое заболевание центральной нервной системы, характеризующееся иммуноопосредованным диссеминированным очаговым воспалением и образованием фокусов демиелинизации с формированием диффузной вторичной дегенерации [1]. В большинстве случаев, затруднения установления диагноза РС возникает у врача при обращении пациента с впервые возникшей атакой РС. При этом отсутствует два основных критерия подтверждения РС, такие как: «диссеминация во времени», характеризующиеся наличием периодов обострения и ремиссии у пациентов с ремиттирующим течением и нарастающей симптоматикой при прогрессирующим течением. Вторым критерием является «диссеминация в месте», которая показывает многоочаговость повреждения головного и спинного мозга, и выявляется только в динамике [3].

Существуют диагностические особенности анамнеза и клинической картины РС, которые помогают заподозрить наличие данной патологии в дебюте заболевания. В основном это молодой возраст. Наличие преходящей неврологической симптоматики, особенно с поражением сразу нескольких неврологических