

ЛИТЕРАТУРА

1. *Щавлинский, Н. Б.* Государственно-политическое и национально-культурное самоопределение Беларуси в годы Первой мировой войны (1914–1918) / М. Б. Щавлинский. — Минск, 2009. — С. 192.
2. Нарысы гісторыі Беларусі. — Мінск, 1994. — Ч. I. — С. 527.
3. *Гніламедаў, У. В.* Янка Купала: Новы погляд. Дапаможнік для настаўніка / У. В. Гніламедаў. — Мінск, 1995. — С. 176.
4. *Игнатенко, И. М.* Февральская буржуазная демократическая революция в Белоруссии / И. М. Игнатенко. — Минск, 1986. — С. 344.

УДК 616.89-008.441.1:613.816

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРЕВОГИ В РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Сквира И. М.¹, Сосин И. К.³, Гончарова Е. Ю.³,
Абрамов Б. Э.¹, Сквира М. И.²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

«Харьковская медицинская академия последипломного образования

г. Харьков, Украина

Введение

К формированию ремиссий при алкогольной зависимости (АЗ) со стабилизацией состояния пациентов на уровне близком к «практическому здоровью» сводятся все терапевтические усилия наркологов. Однако клинический опыт показывает, что состояние пациентов в ремиссии представляет собой весьма неустойчивый период течения болезни [1, 2].

Прежде всего, это происходит из-за того, что удаления алкоголя из жизненной сферы больного — это стресс, который ведет к повышению уровня тревоги [2, 3]. И если у пациентов с АЗ на этапе становления ремиссии высокого качества (РВК) выявлен средний уровень ситуативной тревоги, способствующей адаптации к новым условиям трезвой жизни, то непосредственно перед рецидивом АЗ ситуативная тревога повышалась до высокого уровня, независимо от длительности ремиссии [3]. При этом у пациентов на фоне высокой тревоги снижалась критика, резко ослабевала установка на трезвость, появлялась поверхностная оправдательная мотивация желания употребить спиртное. У подавляющего большинства пациентов активация отрицательных эмоциональных переживаний с тревогой являлись пусковым фактором рецидивов алкоголизации с компульсивными формами влечения [2].

Однако тревога, как на клиническом уровне, так и при ее изучении экспериментально-психологическими методами, представляет собой конечный результат интеграции адаптационных возмущений биопсихосоциальной системы человека, она не указывает на причины, к ней приводящие [3]. Остается не изученной структура тревоги у пациентов с АЗ в ремиссии и не разработаны подходы к дифференцированной лечебно-профилактической тактике ведения пациентов. Согласно «Плану по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», утвержденного Приказом МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года [4], *целью* настоящего исследования является разработка способа дифференцированной диагностики и таргетной терапии рецидивоопасных клинических состояний у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» обследовано 102 пациента в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст пациентов $42,8 \pm 5,21$ года) с алкогольной зависимостью в полной ремиссии (более полугода воздержания от употребления алкоголя, шифр F 10.202 согласно критериям МКБ-10). В исследование не включались лица, злоупотребляющие алкоголем без синдрома зависимости (F 10.1), больные с дру-

гими установленными психическими и поведенческими расстройствами. Вся группа пациентов была разделена на две репрезентативные по основным социально-демографическим и клиническим параметрам подгруппы (далее — группы) исследования. Первая группа пациентов ($n = 49$) на момент исследования находилась в ремиссии высокого качества (РВК), а вторая группа ($n = 53$) — в ремиссии низкого качества (с актуализацией влечения к алкоголю, тревогой, аффективными расстройствами и другими РОКС).

В ходе выполнения научной работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический методы. С целью дифференцированного изучения тревоги мы использовали «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), позволяющему, кроме оценки выраженности суммарной тревоги, выделять отдельные составляющие интегрального понятия «тревога», раскрывающих содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты, тревожная оценка перспектив и социальная защита [5].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , коэффициента ранговой корреляции Спирмена R_s , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica» 6.0. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В ремиссии высокого качества средняя выраженность интегральной ситуативной тревоги составляла $2,89 \pm 1,37$ баллов, а при возникновении РОКС она повышалась до $5,22 \pm 2,46$ баллов (таблица 1, $p = 0,002$).

Таблица 1 — Сравнительная характеристика средней выраженности тревоги по тесту ИТТ в ремиссии высокого качества (РВК) и в ремиссии низкого качества (РНК)

| Наименование шкал ИТТ | РВК, $n = 27$ | РНК, $n = 32$ | P (РВК-РНК) |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | $M \pm \sigma$ | $M \pm \sigma$ | |
| Ситуативная тревога (СТ) | $M \pm \sigma$ | $M \pm \sigma$ | |
| Интегральная тревога (ИТ)* | $2,89 \pm 1,37$ | $5,22 \pm 2,46$ | 0,002 |
| Эмоциональный дискомфорт (ЭД) | $2,15 \pm 1,46$ | $4,47 \pm 2,64$ | 0,001 |
| Астенический компонент (АСТ) | $4,33 \pm 1,73$ | $5,59 \pm 3,01$ | 0,04 |
| Фобический компонент (ФОБ) | $2,96 \pm 1,74$ | $4,63 \pm 2,46$ | 0,002 |
| Тревожная оценка перспектив (ОП) | $4,74 \pm 1,95$ | $5,91 \pm 2,52$ | $> 0,05$ |
| Социальные реакции защиты (СЗ) | $3,96 \pm 2,15$ | $4,88 \pm 2,42$ | $> 0,05$ |
| Личностная тревожность (ЛТ) | $M \pm \sigma$ | $M \pm \sigma$ | — |
| Интегральная тревога (ИТ) | $5,44 \pm 1,97$ | $6,13 \pm 2,31$ | $> 0,05$ |
| Эмоциональный дискомфорт (ЭД) | $5,74 \pm 1,58$ | $6,06 \pm 2,01$ | $> 0,05$ |
| Астенический компонент (АСТ) | $5,04 \pm 2,14$ | $5,87 \pm 2,62$ | $> 0,05$ |
| Фобический компонент (ФОБ) | $4,7 \pm 2,35$ | $5,16 \pm 2,99$ | $> 0,05$ |
| Тревожная оценка перспектив (ОП) | $5,93 \pm 2,16$ | $6,17 \pm 2,13$ | $> 0,05$ |
| Социальные реакции защиты (СЗ) | $5,11 \pm 2,1$ | $5,63 \pm 2,72$ | $> 0,05$ |

По компоненту «эмоциональный дискомфорт» ситуативная тревога с $2,15 \pm 1,46$ в ремиссии увеличивалась до $4,47 \pm 2,64$ в РОКС (таблица 1, $p = 0,001$). При этом увеличение выраженности эмоционального дискомфорта у пациентов с АЗ клинически проявлялось аффективными расстройствами со снижением настроения, чувством неудовлетворенности жизненной ситуацией, эмоциональным напряжением с элементами ажитации.

Ситуативная тревога по показателю «астенический компонент» с $4,33 \pm 1,73$ в ремиссии увеличилась до $5,59 \pm 3,01$ в РОКС (таблица, $p = 0,04$). Увеличение астенического компонента в структуре общей ситуативной тревоги у пациентов с АЗ возникало при переутомлении, усталости, быстрой утомляемости с вялостью и пассивностью, диссомническими нарушениями.

По шкале «фобический компонент» ситуативная тревога с $2,96 \pm 1,74$ в ремиссии увеличилась до $4,63 \pm 2,46$ в РОКС (таблица, $p = 0,002$). Повышение фобического компонента по тесту ИТТ у лиц с АЗ клинически проявлялось ощущением непонятной угрозы, неуверенно-

стью в себе, чувством собственной бесполезности, которые они плохо осознавали и плохо вербализовали.

По вспомогательным шкалам ситуативной тревоги «тревожная оценка перспектив» и «социальные реакции защиты» а также по всем компонентам личностной тревожности, статистически значимых отличий между группами не выявлено (таблица 1, $p > 0,05$).

При проведении корреляционного анализа между компонентами тревоги по тесту ИТТ нами были выявлены статистически значимые межгрупповые отличия по ситуативной тревоге. В РВК положительная линейная зависимость (в порядке убывания значимости влияния на интегративную тревожность) наблюдалась между интегральным показателем ситуативной тревоги по тесту ИТТ и компонентами «тревожная оценка перспектив» ($r = 0,69$), «социальные реакции защиты» ($r = 0,59$), «эмоциональный дискомфорт» ($r = 0,47$). Не обнаружено в РВК корреляции (что означает практическое отсутствие влияния этих параметров на интегративную тревожность) интегрального показателя ситуативной тревоги по ИТТ с компонентами «фобический компонент» ($r = 0,22$) и «астенический компонент» ($r = 0,21$), а также, практически не обнаружено корреляции между отдельными компонентами ситуативной тревоги по ИТТ ($r < 0,45$).

В РНК положительная линейная зависимость интегрального показателя ситуативной тревоги выявлена со всеми вспомогательными компонентами тревоги (в порядке убывания значимости влияния на интегративную тревожность): «эмоциональный дискомфорт» ($r = 0,78$), «астенический компонент» ($r = 0,64$), «тревожная оценка перспектив» ($r = 0,63$), «социальные реакции защиты» ($r = 0,52$), «фобический компонент» ($r = 0,50$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что суммарная (интегративная) ситуативная тревога у пациентов с алкогольной зависимостью в полной ремиссии высокого качества (F 10.202) представляла собой конечный результат напряжения социально-психологических (компоненты теста «социальные реакции защиты» и «тревожная оценка перспектив») подструктур биопсихосоциальной системы человека. При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью наблюдался статистически значимый рост суммарной (интегративной) ситуативной тревоги за счет напряжения психобиологических (компоненты теста «эмоциональный дискомфорт», «астенический компонент» и «фобический компонент») подструктур биопсихосоциальной системы человека ($p < 0,05$).

Выводы

1. В ремиссии высокого качества интегральная ситуативная тревога в наибольшей степени зависела от социальных факторов (оценки перспектив жизни и социальной поддержки) и в меньшей степени от биологических и психологических компонентов (эмоционального дискомфорта, астении и фобий). При возникновении в ремиссии рецидивоопасных клинических ситуаций (патологического влечения к алкоголю, астенических, аффективных и других расстройств), статистически значимо увеличивалась средняя выраженность интегративной ситуативной тревожности ($p < 0,005$) и ее корреляция с биологическими и психологическими составляющими компонентами тревоги.

2. «Интегративный тест тревожности» позволяет обнаруживать изменения структуры тревоги при рецидивоопасных клинических ситуациях ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью, может способствовать дифференцированному выбору лечения согласно установленных в психиатрии и наркологии стандартов (в зависимости от структуры тревоги) и служить средством контроля эффективности противорецидивных терапевтических интервенций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін [та ін.]; під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва. — Харків: Колегіум, 2014. — 1500 с.
2. Сосин, И. К. Алкогольная тревога: монография / И. К. Сосин, Е. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2008. — 752 с.
3. Сквиря, И. М. Тревога у пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях / И. М. Сквиря // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2 (12). — С. 94–97.
4. Приказ МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года «Об утверждении Плана по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». — Минск: МЗ РБ, 2015. — 7 с.
5. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): метод. рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб., 1997. — 23 с.