

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕЦИДИВООПАСНЫХ ФАКТОРОВ НА УСТОЙЧИВОСТЬ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Обследованы 128 пациентов с алкогольной зависимостью в процессе компенсированной ремиссии, основным психологическим фактором которой является формирование альтернативных алкоголю социально значимых потребностей. Показано, что отсутствие комплайенса, стигматизация больных способствуют срыву ремиссии. Анозогнозия, скука, виртуальный интерес к алкоголю служат индикаторами активности алкогольной зависимости на уровне личности и причиной рецидива алкоголизации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, психологические рецидивоопасные клинические ситуации, лечение.

Важнейшей задачей в лечении пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) является формирование ремиссии, под которой в наркологии понимают абсолютное воздержание от употребления алкоголя при ослаблении признаков болезни [1, 2]. «Отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю при успешном функционировании больного во всех сферах жизнедеятельности (соматическая, психическая, социальная) означает ремиссию высокого качества и требует лишь поощрительного и неназойливого внимания» [3].

Но такая цель достигается не сразу. На ранних стадиях ремиссии ПАЗ не готовы к лишению алкоголя и радикальному отказу от привычного, сложившегося за многие годы алкогольного стереотипа [4–6]. В это время они нередко переживают психологический дискомфорт, скуку, нехватку дружеского общения и другие тягостные психологические ситуации [5–9]. Отличительной особенностью этого периода, названного этапом становления ремиссии [4, 5], является интенсивная личностная перестройка, сущность которой заключается в формировании установки на трезвость и адаптации к новым условиям жизни. Длительность этапа неодинакова у разных больных, зависит от их клинических и психологических особенностей, и, по данным большинства исследователей, как правило, не превышает 6 мес [4, 10].

После решения задач этапа становления ремиссии при алкогольной зависимости (АЗ) у пациентов остаются проблемы перестройки их ранее сложившихся отношений в обществе, вопросы «свободного времени», отказа от общения с пьющей компанией и создания нового круга общения, утверждения себя как человека, ведущего трезвый образ жизни. В это время среди ситуаций, грозящих рецидивом, на первый план выступают

психологические — встречи с приятелями, праздники, застолья, стрессы. Этот период воздержания от употребления алкоголя (от 7 до 11 мес включительно) определяется как этап стабилизации ремиссии [4].

Ремиссии длительностью более года определяются понятием «установившаяся ремиссия» [4, 5]. Мотивами сохранения ремиссии при наличии критического отношения к болезни в этот период были преимущественно достижение определенного социального статуса, хорошие взаимоотношения в семье, улучшение здоровья [1–7].

Но и длительная компенсированная ремиссия (более года без клинически выраженных признаков АЗ [4]) не идентична принятому в психиатрии и наркологии понятию «психическое здоровье». При длительных компенсированных ремиссиях возникают субклинические жалобы и психологические проблемы, представляющие для пациентов опасность срыва ремиссии и рецидива заболевания [11]. Ранее эти ситуации определялись нами как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС). До настоящего времени остается неизученным дифференцированное влияние РОКС, относящихся к категории психологически ассоциированных, на устойчивость ремиссии у ПАЗ с компенсированной ремиссией в период прохождения ими трех фаз (этапов) ее эволюции.

Цель исследования — на основе изучения влияния психологических (патопсихологических) РОКС (так называемых психологических РОКС) на устойчивость ремиссии разработать рекомендации по повышению эффективности лечения больных с АЗ.

В исследование, проведенное на базе Гомельской областной клинической психиатрической больницы, после трех этапов лечения согласно

принятым в наркологии стандартам [6, 13] в динамике эволюции (формирования) компенсированной ремиссии было обследовано 128 ПАЗ в возрасте от 20 до 60 лет (шифр F10.200–202 в соответствии с критериями МКБ-10, адаптированными к Республике Беларусь [10]). Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F10.1), больные с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза.

ПАЗ в компенсированной ремиссии ($n = 128$) были обследованы в периоды трех этапов эволюции ремиссии: становления, стабилизации и установившейся ремиссии, что позволило разделить пациентов на 3 группы сравнения.

I группа — 49 (38,3%) пациентов — этап становления ремиссии, 1–6 мес воздержания от употребления алкоголя;

II группа — 45 (35,2%) — этап стабилизации ремиссии, 7–11 мес воздержания от употребления алкоголя;

III группа — 34 (26%) больных — этап установившейся ремиссии, воздержание от употребления алкоголя от 13 мес до 5 лет (в среднем $2,7 \pm 1,3$ года).

В ходе выполнения научной работы применялись анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения психологических РОКС использовался разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [12].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v. 6.0. Сравнение данных в трех группах осуществлялось с помощью непараметрического критерия Крускала — Уоллиса, при выявлении различия нескольких выборок — критерия Данна [14]. Статистически значимой считалась 95%-ная вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Вначале было проведено сравнение I, II и III групп по основным демографическим и клиническим параметрам (пол, возраст, длительность АЗ, кратность лечения) (табл. 1).

Далее была установлена частота встречаемости психологических РОКС в трех группах сравнения (табл. 2).

Ряд психологических РОКС (отсутствие увлечений, беспокойство за свое здоровье, необходимость скрывать факт лечения, стрессы) наблюдались во всех группах сравнения часто (в 50%

и более случаев) без межгрупповых отличий ($p > 0,05$). Другие РОКС, такие как алкогольная анозогнозия, скука, недооценка безалкогольного пива как фактора риска срыва ремиссии, сексуальные проблемы, наоборот, во всех группах встречались редко и также без межгрупповых отличий ($p > 0,05$). Показатели только двух признаков из исследованных («нонкомплаенс» и «посещение пьющих компаний») увеличивались по мере эволюции ремиссии статистически значимо ($p < 0,05$).

Степень выраженности психологических РОКС, за исключением нонкомплаенса ($1,29 \pm 1,26$ балла в III группе и $0,57 \pm 1,1$ балла в I группе, $p < 0,05$) не имела межгрупповых отличий ($p > 0,05$). Сумма 12 психологических РОКС (при максимально возможных 36 баллах), составляя в группах сравнения соответственно $6,43 \pm 3,34$, $6,47 \pm 3,9$ и $7,78 \pm 3,15$ балла, не имела межгрупповых отличий ($p > 0,05$).

Изучение корреляции исследуемых признаков между собой и с интегральной выраженностью психологических РОКС позволило выявить значимые рецидивоопасные психологические факторы на этапах формирования компенсированной ремиссии. В 1–6-й месяцы ремиссии это были: отсутствие увлечений ($r = 0,81$, $p < 0,001$), стрессы ($r = 0,63$, $p < 0,01$) и проблемы со здоровьем ($r = 0,5$, $p < 0,05$). В 7–11-й месяцы ремиссии — нонкомплаенс ($r = 0,8$, $p < 0,01$), отсутствие увлечений ($r = 0,66$, $p < 0,01$), неполноценный отдых ($r = 0,51$, $p < 0,05$) и проблемы со здоровьем ($r = 0,51$, $p < 0,05$). При ремиссии длительностью более года (III группа) имели значение как рецидивоопасные психологические факторы проблемы со здоровьем ($r = 0,61$, $p < 0,05$) и нонкомплаенс ($r = 0,51$, $p < 0,05$).

Среди 12 исследованных РОКС наибольшее влияние на формирование ремиссии оказывал фактор «отсутствие увлечений», на который пациенты в ремиссии любой длительности жалуются одинаково часто (табл. 2). Это, по нашему мнению, само по себе становится внешним проявлением адаптации в современном сложном мире, где постоянно приходится делать не то, что хочется, а то, что надо. Жалобы пациентов в данном случае — это только форма внешнего реагирования, не раскрывающая внутренней, глубинной сути личности. Важнее то, что и по значимости этот фактор оказался наиболее рецидивоопасным ($r = 0,81$, $p < 0,001$) в самый трудный период формирования ремиссии — на этапе ее становления (1–6-й месяцы воздержания от употребления алкоголя). Его рецидивоопасное значение, хотя и в меньшей степени выраженности ($r = 0,66$, $p < 0,01$), сохранялось вплоть до достижения годичной ремиссии (являющейся, как известно, критерием эффективности лечения алкоголизма), и только

Таблица 1

Общая характеристика пациентов в I, II и III группах сравнения

Показатели	Группы			$P_{(1-2; 1-3; 2-3)}$
	I, $n = 49$	II, $n = 45$	III, $n = 34$	
Пол (мужчин/женщин)	39/10	38/7	28/6	$p > 0,05$
Возраст, лет	38,9±6,4	39,5±5,7	41,5±7,2	$p > 0,05$
Длительность АЗ, лет	8,2±1,9	8,7 ± 2,1	9,5 ± 2,8	$p > 0,05$
Кратность лечения	2,23±0,84	2,20± 0,82	2,19 ± 0,79	$p > 0,05$

Примечание. Сравнение данных в трех группах $P_{(1-2; 1-3; 2-3)}$ проводилось по показателю соотношения мужчин и женщин. По такой же схеме сопоставлялись подгруппы по другим параметрам.

Таблица 2

Частота психологических рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов I, II и III групп

Психологические РОКС ситуации	Группы					
	I, $n = 49$		II, $n = 45$		III, $n = 34$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Отсутствие увлечений	33	67,3	29	64,4	23	67,6
Беспокойство за свое здоровье	29	59,2	22	48,9	18	52,9
Необходимость скрывать факт лечения	26	53,1	31	68,9	20	58,8
Стрессы	21	42,9	19	42,2	20	58,8
Посещение пьющих компаний	19	38,8*	29	64,4	26	76,4***
Негативное отношение к пьющим	19	38,8	21	46,7	16	47,1
Нонкомплаенс	12	24,5	16	35,6**	22	64,7***
Неполноценные питание и отдых	7	14,3	8	17,8	9	26,5
Сексуальные проблемы, ревность	6	12,2	6	13,3	6	17,6
Недооценка потребления безалкогольного пива как фактора риска	4	8,2	3	6,7	2	5,9
Скука	3	6,1	3	6,7	2	5,9
Алкогольная анозогнозия	2	4,1	2	4,4	1	2,9

Примечание. Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * между I и II группами; ** между II и III группами; *** между III и I группами.

при компенсированной ремиссии длительностью более года этот фактор терял свое рецидивоопасное значение ($r = 0,21$, $p > 0,05$).

С помощью анамнестического метода, стандартизованной карты мониторинга РОКС, психологического тестирования нами была изучена структура наиболее значимых социально приемлемых увлечений (самых любимых занятий, ведущих потребностей) в трех группах сравнения. Не было увлечений в начале формирования ремиссии у 18 (36,7%) из 49 пациентов; в период 7–11 мес ремиссии — у 12 (26,7%) из 45; в период более года компенсированной ремиссии — у 1 (2,9%) из 34. У 31 (63,3%) из 49 наших пациентов I группы уже имелись социально приемлемые увлечения. Субъективный и объективный анамнез позволил сделать вывод, что в большинстве случаев увлечения формировались до начала алкоголизма и в процессе его течения не исчезли полностью, а после

лечения и сознательного перехода ПАЗ к трезвой жизни получили новое развитие. Чаще всего (у пятой части респондентов) это были рыбалка и охота, которыми они редко начинали увлекаться именно после лечения. Другие сферы любимых занятий (семья, работа, спорт) или существовали до начала лечения, или формировались после лечения заново, что подтверждается их процентным ростом по мере увеличения длительности ремиссии (табл. 3).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что психологические РОКС оказывают разное влияние на устойчивость ремиссии у ПАЗ.

Для пациентов с компенсированной ремиссией на всем протяжении ее эволюции такие психологические РОКС, как анозогнозия, скука, виртуальный интерес к алкоголю, сексуальные проблемы не характерны, поэтому их выявление

Структура увлечений пациентов I, II и III групп на этапах эволюции ремиссии

Сфера увлечений	Группы						p < 0,05
	I, n = 49		II, n = 45		III, n = 34		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Рыбалка, охота	10	20,4	9	20,0	7	20,6	—
Семья	5	10,2	6	13,3	7	20,6	—
Работа	4	8,2	5	12,5	6	17,6	—
Телевизор	3	6,1	2	4,4	3	8,8	—
Физкультура, спорт	3	6,1	2	4,4	2	5,9	—
Общение	2	4,1	2	4,4	2	5,9	—
Познание	2	4,1	3	6,7	3	8,8	—
Другие увлечения	2	4,1	8	19,1	7	20,6	—
Лица с увлечениями	31	63,3	33	73,3	33	97,1	3-1; 3-2
Лица без увлечений	18	36,7	12	26,7	1	2,9	3-1; 3-2

в период воздержания от употребления алкоголя сигнализирует об ухудшении качества ремиссии и требует экстренного таргетного (в зависимости от структуры расстройства) противорецидивного вмешательства.

Другие факторы, в частности необходимость скрывать факт лечения, стрессы, неполноценный отдых, хотя и беспокоили большинство ПАЗ на всем протяжении абсолютного воздержания от употребления алкоголя, однако при включении их в долгосрочную терапевтическую программу принципиально не препятствовали формированию длительной компенсированной ремиссии. Поэтому их можно считать факторами социальной экологии, создающими неблагоприятные условия для формирования ремиссии, что требует не только психологической коррекции личности пациентов, но и социальной поддержки семьи и общества.

Угрожающими факторами, создающими почву для новых (и уже не только психологических) рецидивоопасных ситуаций, стохастически подталкивающих пациентов к срыву ремиссии, необходимо считать их выпадение из терапевтической программы (нонкомплайенс), проблемы со здоровьем и включение в проалкогольную субкультуру (в частности, пьющие компании).

Наиболее важным для установления длительной компенсированной ремиссии (по времени — не менее чем через год воздержания от употребления алкоголя) является гедонистический фактор, т. е. социально значимые потребности, увлечения, которые практически у всех пациентов были реконструированы (а у некоторых фактически формировались заново). Эти потребности становились основным условием стабилизации ремиссии и дальнейшего развития личности.

Л и т е р а т у р а

1. Гофман А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман.— М.: Миклош, 2003.— 215 с.
2. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / [под ред. Ю. В. Валентика, Н. А. Сироты].— М.: Литера-2000, 2002.— 256 с.
3. Алкоголизм: руководство для врачей / [под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой].— М.: Медицинское информационное агентство, 2011.— С. 376.
4. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов.— СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002.— 192 с.
5. Минко А. И. Наркология / А. И. Минко, И. И. Линский.— 2-е изд., испр. и допол.— М.: Эксмо, 2004.— 736 с.
6. Артемчук А. Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина; под ред. Т. В. Чернобровкиной.— Харьков: Коллегиум, 2013.— 1148 с.
7. Сосин И. К. Алкогольная тревога: монография / И. К. Сосин, Е. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуев.— Харьков: Коллегиум, 2008.— 752 с.
8. Relaps: strategies of prevention and prediction / C. Cummings [et al.] // The addictive behaviours / W. R. Miller.— Oxford, Pergamon, 1980.— 342 p.
9. Clark A. Working with grieving adults / A. Clark // Advances in Psychiatric Treatment.— 2004.— Vol. 10.— P. 164–170.
10. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / [сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца].— К.: Сфера, 2000.— 464 с.

11. Сквиря І. М. Рецидивоопасные клинические состояния у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии / И. М. Сквиря // Вісн. психіатрії і психофармакотерапії.— Одеса, 2008.— № 2 (14).— С. 90–93.
12. Сквиря І. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / [ред. колл. А. Н. Лызинов и др.].— Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008.— Т. 3.— С. 190–193.
13. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами. Приказ МЗ РБ от 31 декабря 2010 № 1387: учреждение-разработчик: ГУ «РНПЦ психического здоровья».— Минск: ИЧУП «Профессиональные издания», 2011.— 374 с.
14. Гланц С. Медико-биологическая статистика; пер. с англ. / С. Гланц.— М.: Практика, 1998.— 459 с.

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНИХ ФАКТОРІВ НА СТІЙКІСТЬ РЕМІСІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

І. М. СКВІРА

Обстежено 128 пацієнтів із алкогольною залежністю у процесі компенсованої ремісії, основним психологічним фактором якої є формування альтернативних алкоголю соціально значущих потреб. Показано, що відсутність комплаєнсу, стигматизація хворих сприяють зриву ремісії. Анозогнозія, нудьга, віртуальний інтерес до алкоголю служать індикаторами активності алкогольної залежності на рівні особистості та причиною рецидиву алкоголізації.

Ключові слова: алкогольна залежність, ремісія, психологічні рецидивонебезпечні клінічні ситуації, лікування.

THE INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL RELAPSE-PROVOKING FACTORS ON THE REMISSION STABILITY IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

I. M. SKVIRA

The study involved 128 patients with alcohol addiction in the process of compensated remission, the major psychological factor of which was developing alternative to alcohol socially significant needs. It is shown that the lack of compliance, stigmatization of patients contributed to remission failure. Anosognosia, boredom, virtual interest to alcohol serve as indicators of the activity of alcohol addiction at the level of personality and are the cause of alcoholism relapses.

Key words: alcohol addiction, remission, psychological relapse-provoking clinical situations, treatment.

Поступила 01.04.2013